



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

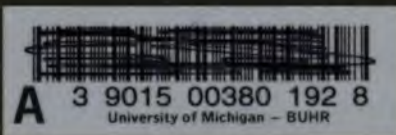
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



*Excerpta medica*

*1898/1899.*









610.5  
E 95

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.



Achter Jahrgang 1898/99.



BASEL und LEIPZIG  
VERLAG von CARL SALLMANN  
1899.



20

Medical  
Müller  
1-29-27  
13902

## Inhalts-Verzeichniss.

### A.

- Acid. borio. bei Hyperidrosis 307,  
Rhinitis gonorrhoeica 397,  
Soor 549.
- carbolic. bei Schmerzen nach  
Zahnextraction 145, Milz-  
brand 224, Gesichtsektzem  
der Kinder 202; Vorsicht  
bei Kindern 308; Tabletten  
334.
- cinnamyl. Behandlung der  
Tuberculose 513.
- citric. bei Ozaena 501.
- hydrochloric. bei Alopecia  
195.
- salicyl. bei Akne 4, Ekzem  
13, Blepharadenitis 106,  
Neuralgien 134, Hyper-  
idrosis 307, Verrucae 330,  
Rheumatismen 499.
- Actol bei Wunden 380.
- Adipositas, Thyrojojin 193, 337.
- Aesculap, Desinfectionsapparat  
476, 480.
- Aether, Narkose und Herz 149,  
Spray bei Neuralgien 497.
- Aethylchlorid, Narkose 4.
- Agaricin bei Hyperidrosis 512.
- Airol bei Keratohypopyon 10,
- Gonorrhoe 205, Ulcus molle  
228, Dermatitis 200.
- Akne, Behandlung der A. vul-  
garis 1, Ichthyolvasogen 90,  
Pulvis cuticolor bei A. ro-  
sacea 60; A. cachecticorum  
138, A. durch Chlor 354.
- Alkohol gegen Lupus erythem.  
222, zur Desinfection des  
Uterus 547.
- Alopecia areata nach Operation  
am Halse 97, endemisches  
Auftreten 425; A. syphili-  
tica 194; Uebertragbarkeit  
195; Salzsäure 195, Captol  
196, Haarpomade 196 bei A.
- Alumin. bei Ulcus cruris 31.
- Alumol bei Gonorrhoe 306.
- Amaurose bei Typhus 561.
- Anaemie, Chlorose, Eisensoma-  
tose 241, Arsen 242, San-  
guinal 423; A. und Hirn-  
tumor 464.
- Anaesthesie, Narkose. Pro-  
gnostisches Symptom bei  
Chloroformnarkose 149, 244;  
Aethernarkose und Herz  
149; Aethylchloridnarkose  
4; Blutleere als Localanae-

#### IV

- sthesie 147; regionäre Cocainanaesthesie 243; Tropococain zur Infiltrationsanaesthesie 7; Haemostaticum und Anaestheticum bei Zahnextraction 386, Carbonsäure dabei 145; Orthoform für zahnärztl. Zwecke 7, 242, 339, bei Herpes zoster 8, bei Larynxtuberculose 145, 242, bei Fissuren der Mamma 339; Orthoformemulsion bei Affectionen des Larynx 146, Orthoform neu 147, 339, Nirvanin 339, 340; Aneson 243, 339; Natr. bic. b. Hautverbrennungen 8; Morphium in der Geburtshilfe 544.
- Aneson bei Rachenaffectionen 243, bei Operationen 243, 339.
- Aneurysmen der Aorta 409, 521, 523.
- Angina und Rheumatismen 540; Antifebrin 469.
- Angiome, Injectionen von Eisenchlorid 464.
- Angustzustände, epileptische 251.
- Anilinarbeiter, Cystitis und Harnblasentumoren 303.
- Antiarthrin bei Rheumatismen 543.
- Antifebrin bei Hemicranie 252, Gelenkrheumatismus 469, als Schwitzmittel 469.
- Antipyrin bei Hemicranie 252; Intoxicationen 309, Exanthem 289.
- Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Jodoformogen 98, 245, Dermatol 98, Xeroform 245, 380, 474, Itrol 379, Asterol 473, Alkohol 547, Thon 245, 377, Ung. Credé 99, 380; Desinfection von Kleidern und Wohnungen mit Formaldehyd 101, 246, 476, 480, mit Glykoformal 102; Desinfection der Hände mit Seifenspiritus 475, schneidender Instrumente 380; Bart als Infectionsträger 380.
- Aphasie bei Typhus 560.
- Aponeurositis palmaris der Schuhmacher 350.
- Argent. nitric. bei Blepharitis 10, Augenblennorrhoe 206, Rhinitis gonorrhoeica 397; Flecken durch A. 237.
- colloidal., Anwendung 517.
- Argilla siehe Thon.
- Arsen bei Anaemie 242, Lähmungen 315, Phthise 512, gegen Schädlichkeiten der Schilddrüsenbehandlung 568.
- Arteriosklerose, Jodvasogen 39, 332, Jodothyryn 544; A. und Herzepilepsie 121.
- Arthritis urica. Lycetol 543, Antiarthrin 543, Jodothyryn 544; Heissluftapparat 283, 542; Ekzem bei A. 115.
- Arzneiexantheme bei Antipyrin 289, Jod 291, 292, Orthoform 381, Terpinhydrat 381.
- Asterol als Antisepticum 473.



Aspirin bei Rheumatismus 404, 501.  
 Asphyxia neonatorum, Wiederbelebung 445.  
 Asthma. Behandlung des A. bronchiale mit Heroin 323, 421, 516, Dionin 323, Atropin 103; A. cardiale 104, vesicale 525; A. und Mehlstaub 525.  
 Athetose durch Taenia saginata 123, bei Tabes 368.  
 Atropin bei Asthma 103, 104, Hyperidrosis 512.  
 Augenentzündungen u. Nasenaffectionen 11; Blepharitis ciliaris 8, 10, acaria 382,

Blepharadenitis 106, Formalin bei Blepharitis 248; Knapp'sche Rollzange bei Trachom 105, Argent. colloid. bei Ophthalmoblennorrhoe 517, Protargol dabei 248, bei Thränensackblennorrhoe 248, Xeroform bei Ulcus corneae 11, und andern A. 104, Airol bei Keratohypopyon 10, Xeroform dabei 383, Ichthyol bei A. 10, Heissluftbad 107, Jod- und Jodoformvasogen 249; Eiterungen nach Verletzungen 249; Retinitis albuminurica 170 (siehe auch „Ulcus corneae“).

## B.

Bacterium coli und Puerperalfieber 75.  
 Balanitis, Tannoform 307.  
 Balsam. peruv. bei Blepharitis 383, Congelatio 481.  
 Bart, als Infectionsträger bei Operationen 380.  
 Benzonaphthol bei Pruritus senilis 317.  
 Bismuth. subnitr. bei Akne 3, Ekzem 13, Ephelides 119.  
 — salicyl. bei Dysenterie 251.  
 Blepharitis. Therapie der B. ciliaris 8, 10, 106; Formalin 248; B. acaria 382.  
 Blepharospasmus infolge von Rhinitis 12.  
 Blutleere als Localanaesthesia 147.

Blutungen in der Augenhöhle bei Hemicranie 252; Trochlearislähmung durch B. im Gehirn 387; B. aus der Harnröhre 387; Nierenblutungen b. Influenza 640; Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen 293; Darmblutung nach Unfall 529; terminale Haematurie 525; Pankreashaemorrhagie 427; B. aus Varicen des Oesophagus 461; Nasenbluten bei Gehirnerweichung 530; B. nach Zahnextraction 386, aus dem Magen 385, 386, post partum 387, Herunterziehen des Uterus dabei 544, Uterustamponade 293, Vapor-

## VI

sation 49, 50, Stypticin 53, 426; Gelatine 384, 385, 386, Nebennierenextract 385, Chloräthyl 386, Ol. Terebinth. 386; rectale Kochsalzeingiessungen 387.  
 Borax bei Hyperidrosis 307.  
 Borsäureschnuller bei Soor 549.  
 Bromipin bei Epilepsie 251.  
 Bromoform, Intoxicationen 153, 308; Form der Ordination 361.

Bronchitis, Pertussin 37, Dionin 323, Heroin 323 ff., 420 ff., Jodvasogen 38, 331, Kreosotvasogen 90.

Bubo retroperitonealer 187; Jodtherapie 196, Fango 235.

Bulbärparalyse mit Tabes dorsalis 448.

Burow'sche Lösung bei Ulcus cruris 31.

## C.

Camphor. bei Congelatio 481, als Diaphoreticum 282.  
 Captol bei Alopecia 196.  
 Carbolsublimatsalbe, Unna'sche 20.  
 Carcinome der Mamma 274, 370, des Pankreas 274, der Schilddrüse 459, des Oesophagus 81, des Kehlkopfes 412, multiple 369, miliare 82; Psychosen bei C. 83.  
 Castration bei Uterusmyom 273.  
 Ceruminalpfropfe, Wasserstoff-superoxyd 189.  
 Cerebrotom 166.  
 Chlorakne als Gewerbekrankheit 354.  
 Chloräthyl bei Blutungen infolge Zahnextraction 386.  
 Chloralhydrat. bei Alopecie 196.  
 Chloralbacid. b. atonischen Verdauungsstörungen 282.  
 Chloroform, Narkose 149, 244.  
 Cholelithiasis und Glykosurie

55, Wesen u. Therapie 108, 150.

Cholera nostras, Tannopin 129.

Chorea, Salophen 67.

Chrysarobin bei Ekzem 432.

Cocainanaesthesia, regionäre 243.

Coffein. citr. bei Hemicranie 61, 252.

Coma diabeticum 390.

Combustio, Natr. bic. 8, Ichthyol 294, 480, Thiol. liq. 429, Naftalan 330, 430.

Commotio cerebri, interessanter Fall 113, offene Schädel-fractur ohne C. 295.

— spinal., gegenwärtiger Stand der Lehre 296.

Congelatio, Campher 481.

Conjunctivitis infolge Nasen-affectionen 11; Ichthyol bei C. 10, Xeroform 104, Knapp'sche Rollzange 105.

Contusionspneumonie, Fall 27.

Coxitis, Formalin 511.  
 Creosotal bei Phthise 140.  
 Cystitis bei Anilinarbeitern 303,

syphilitica 504; Typhus-  
 bacillen bei C. 416; Argent.  
 colloid. 518.

## D.

Dämmerzustände, hysterische  
 126.  
 Dakryocystitis infolge Nasen-  
 affectionen 11.  
 Dammriss, Jodoformogen 245.  
 Delirien, toxaemische bei Herz-  
 kranken 85, nach Salicyl 1314.  
 Dermatitis exfoliativa neona-  
 torum 341, durch Röntgen-  
 strahlen 40, durch Primeln,  
 Ol. Lauri und Eugallol 197,  
 Airol 200.  
 Dermatol bei Wunden des  
 Auges 98, Schrunden der  
 Lider 119, scrophulösem  
 Ekzem 119.  
 Dermatoses albuminuricae 26.  
 Desinfection siehe Antisepsis.  
 Diabetes traumaticus 390, acuter  
 bei sehr jugendlichem Pat.  
 56, D. und weibliche Geni-  
 talien 482, Blasen-anomalie  
 bei D. 345, Phthisis 343;  
 Behandlung mit Sublimat

342, Natr. salicyl. 481, des  
 Coma 390; Xanthoma gly-  
 cosuricum 54.  
 Diazoreaction bei Influenza 540.  
 Digitalisdialysat, Anwendung  
 514.  
 Dionin, Anwendung 323.  
 Diphtherie primäre der Nase  
 135, der Conjunctiva 531,  
 Noma und D. 533, Dysen-  
 terie 534; Trachealstenose  
 nach Tracheotomie 532.  
 Diuretin bei Herzfehlern 86.  
 Douche, Epilepsie nach einer,  
 122.  
 Duotal bei Phthise 140.  
 Dysenterie, diphtheritische 534;  
 Verlauf und Therapie 250;  
 Tannigen 534.  
 Dysmenorrhö, Stypticin 427.  
 Dyspnoë, Heroin 420, Oxy-  
 campher 483, Paraldehyd  
 484.  
 Dysurie bei Gonorrhö 307.

## E.

Eisbehandlung bei Epididymitis  
 23; Gangrän durch E. 40.  
 Eisenomatose bei Chlorose 241.  
 Ejaculatio praecox, elektrische  
 Behandlung 161.  
 Ekzem der Nase, Ursache von  
 Augenerkrankungen 11; E.

bei Arthritischen 115; E.  
 scrophulosorum 138, margi-  
 natum 57; Salolekzem 203.  
 Therapie des Gesichtsek-  
 zems der Kinder 13, 119,  
 202, des Lidrandekzems 118;  
 Jodvasogen 37, Ichthyol-

# VIII

- vasogen 90, Hydrargyrum-vasogen 59, Naftalan 12, 59, 119, 202, 330, 430, Xeroform 200, Tannoform 130, 201, Dermatol 119, Heidelbeerextract 58, Pulvis cuticolor 60, Pasta Zinc. sulfurata 431, Röntgenbestrahlung 12.
- Elektrische Behandlung der Pollutiones und Ejaculatio praecox 160, der Insectenstiche 218.
- Elektrolyt. Behandlung multipler Keloide 81.
- Elektrotherm 283.
- Elephantiasis acuta scroti 349.
- Emphysema pulmonum und Herzepilepsie 120; Pertussin 37, Heroin 322, 420 ff., Dionin 323, Digitalisdialysat 514.
- Emplastr. sapon. salicyl. bei Blepharadenitis 107.
- Endometritis, Vaporisation 52.
- Enthaarungsmittel 466.
- Ephelides, Therapie 119.
- Epidermoide der Hand 369.
- Epididymitis bei Typhus 326, Influenza 539; Eisbehandlung 23, Pflastersuspensionsbinde 279, Naftalan 330, Jodvasogen 37, 90, 331.
- Epiglottis-Affection bei Typhus 558.
- Epilepsie und Typhus 395, nach einer Douche 122, Herzepilepsie 120, Nasenepilepsie 391, kleine Anfälle 119, Angstzustände 251; Bromipin 251, Operation 391, 394.
- Epistaxis als Symptom der Gehirnerweichung 530; Gelatine 384, Nebennierenextract 385.
- Erysipel und acuter Gelenkrheumatismus 402; Wanderysipel 296.
- Erythema nodosum und multiforme im Kehlkopf 64, multiforme exsudativum, ungewöhnlicher Fall 403.
- Eudermol bei Scabies 70.
- Eurobin, Eugallol bei Dermatitis und Psoriasis 199.
- Extractio dentium. Blutung 386; Anaesthetie: Aethylchlorid 6, 386, Orthoform 7, Carbol 145.
- Extract. Bellad. bei Dysurie 307.
- Cannab. ind. bei Neuralgien 134, Verrucae 330.
- Myrtill. bei Ekzem 58.
- thym. sacch. siehe Pertussin.
- Exostosen, traumatische 277.

# F.

- Fango, Behandlung mit, 233.
- Febris, Salipyrin 67.
- Filix mas, Intoxicationen 495.
- Fissura ani, Ichthyol 237.
- mammae, Argent. nitr. 339.
- Flecke v. Ichthyol 237, A nitr. 237.
- Fleischsaft, frischer 42.
- Fluor albus, Hefel

Folia Digital. bei Herzfehlern 86.  
 Formaldehyd (Formalin) zur  
 Desinfection von Kleidern  
 und Wohnungen 101, 246,  
 477, 480, Instrumenten 380;  
 bei Augenblennorrhö 206,  
 Conjunctivaldiphtherie 531,  
 Blepharitis 248, chirurg.  
 Tuberculose 510, Hyperid-  
 rosis 307.  
 Fractura ossium, Schädelfrac-  
 tur ohne Commotio cerebri  
 295, Verband bei Oberarm-  
 fracturen 299, F. beider  
 Vorderarmknochen durch  
 Muskelzug 432, F. olecrani  
 mit F. intracondylica, proc.  
 coronoid. etc. 434, F. des  
 Humerus im Collum ana-  
 tom. 433, Absprengung des

Kronenfortsatzes der Elle  
 15, Schenkelbrüche 435,  
 Querbrüche der Patella 15,  
 Behandlung des federnden  
 Unterschenkels 13, Zwirn-  
 spulen zum Extensionsap-  
 parat 298.

Framboesia syphilitica 410.

Fremdkörper im Auge 396,  
 Oesophagus 395, Magen 395,  
 396.

Frühgeburt, künstliche b. Herz-  
 kranken 166.

Furunkel in der Augenbrauen-  
 gegend 486; Sepsis infolge  
 F. des Naseneingangs 17;  
 Ung. Credé bei chronischer  
 Furunculose 99, Behand-  
 lung nach Philippon 484,  
 Bierhefe 349.

## G.

Galvanokauter b. Ulcus molle 35.  
 Gangrän durch Eisblase 40;  
 cachectica infantum 138;  
 Thon bei G. 379.

Gehirnerweichung, Nasenblu-  
 ten bei, 530.

Gelanthum, hautfarben, 375.

Gelatine als Haemostaticum 384,  
 385, 386, bei Aortenaneu-  
 rysma 523.

Gelenkkörper freie 42, u. Trau-  
 men 438.

Gewerbekrankheiten. Berufs-  
 dermatose d. Photographen  
 18, vesiculöses Ekzem bei  
 Schneidern 19, Chlorakne  
 354, Aponeurosis palmaris

der Schuhmacher 350, Ony-  
 chieen bei Arbeitern in Li-  
 monadenfabriken 304, Cys-  
 titis u. Harnblasentumoren  
 bei Anilinarbeitern 303.

Gingivitis, Jodvasogen 331.

Gliosarkom im Gehirn 370.

Glykoformal zur Desinfection  
 von Räumen 102.

Glykosurie bei Gallensteinkolik  
 55; Xanthom bei G. 54.

Gonorrhö, 2 cardinale Punkte  
 bei der Behandlung 20,  
 Prophylaxe 306, Protargol  
 22, 207, 488, Airol 205, Go-  
 norol 305, Largin 488, Noff-  
 ke's Schmelzbougies 203,



Salbenfülltuben 401, Hefe bei Fluor albus 398, Vaporisation 53, Katarrhe der weiblichen Genitalien 306, Heirathserlaubniss 172, Abbrechen des Katheters 401, terminale Haematurie 525, Dysurie 307; Rhinitis go-

norrhoeica bei Kindern 396. Siehe auch Ophthalmoblen-norrhoe.

Gonorol siehe Gonorrhoe.

Gummata der Trachea 176, des Kehlkopfes 412, der Hohlhand 177.

Gurgeln, Werth des, 334.

## H.

Haarnadel als ärztliches Instrument 418.

Haematocele retrouterina, Jodvasogen 38.

Haematurie, terminale 525.

Haemoglobinurie, paroxysmale 413.

Haemorrhoiden, chirurg. Behandlung 208, Gelatine 385.

Harnstoff als Diureticum 468.

Hefe bei Furunculosis 349, Fluor albus 398.

Heidelbeerextract siehe Extract. Myrtill.

Heissluftbad bei Augenkrankheiten 107.

— Apparat, elektrischer 283.

Helminthiasis, Athetose bedingt durch Taenia saginata 123, Taenia mediocanellata bei 7 Wochen altem Kind 124; Filix mas 495, Thymol 497.

Hemicranie, Apparat Migrana-tor 60, Menthol 61, Combination von Mitteln 252; Blutungen in die Augenhöhle bei H. 252.

Hernien, Unfallbrüche 210, Nabelbrüche der Kinder 355,

incarcerirte H. bei denselben 356, Diarrhoe bei Einklemmung 208.

Heroin, Anwendung 322, 323, 420—422, 515, 565.

Herpes, Orthoform 8, Extr. Myrtilli bei H. Zoster 59; H. im Kehlkopf 62; H. praeputial. als Vorläufer des Schankers 468.

Herzepilepsie, Fall 120.

Heufieber, Protargol 502.

Hydrarg. bichlorat. bei Diabetes 342.

— bijodat. rubr. b. Blepharitis 10.

— chlorat. bei Syphilis 28, Lupus 220.

— colloidal. b. Syphilis 175, 518.

— oxyd. flav. bei Blepharitis 9, Ulcus corneae 180.

— praecip. alb. bei Akne 3, Ephelides 119.

— praecip. rubr. bei Gesichtsektzem der Kinder 202.

Hydrargyrumvasogen bei Ektzem 59, Syphilis 90.

Hydrastis canad., Intoxication 313.

Hydrops genu intermittens 419.



**Hydrotherapie und Balneotherapie** b. psychischen Krankheiten 143, Ischias 497.  
**Hyperemesis gravidar.**, Orexin 321, Jodvasogen 331.  
**Hyperidrosis**, Pulvis cuticolor 60, Tannoform 307, Salicyl-Borax 307, Formalin 307, Eichenrinde 482, Atropin 512, Agaricin 512.  
**Hypnose** bei Hysterie 126.  
**Hysterie**, männliche 214, monosymptomatische nach Trauma 214, 216, Tachypnoë

nach Trauma 217, spastische Parese mit Tremor 24, Hemiplegie 255, Zitterneurose 217, Schlafanfall 124, Dämmerzustände 126, Meningismus 125, Hysteroepilepsie mit Delirium cordis 126, Erbrechen 258, Pseudotumor 25, Pemphigus 124, Taubstummheit 534, Pupillenveränderungen 537; H. und multiple Sklerose 538; Natr. glycerinophosphor. bei H. 283.

## I.

**Ichthyol** bei Akne 3, Pruritus 317, 409, Combustio 294, 480, Epididymitis 24, Vaginitis 398, Conjunctivitis 10, 248, Fissura ani 298, Urogenitaltubercul. 139, Phthisis 140, 455, 513; hautfarbene Paste 375; Flecke zu entfernen 237.  
**Ichthyolvasogen**, Anwendung 90, 481.  
**Impetigo herpetiformis** im Kehlkopf 64, Naftalan bei I. contagiosa 330, Carbolquecksilbersalbe bei I. vulgaris 202.  
**Infiltrationsanaesthesie** mit Tro-pococain 7.  
**Influenza**, Salophen 374, 516, Heroin 516; 2 interessante Complicationen 539, Nierenblutung und Diazoreaction 540, chirurgische Nachkrankheiten 539.

**Injection**, Technik der subcutanen, 284.  
**Insecten**, Benagung der Leiche durch, 44, constanter Strom gegen Stiche 218.  
**Intercostalneuralgie** Jodvasogen 37.  
**Intertrigo**, Xeroform 200, Tannoform 201.  
**Intoxicationen** mit Antipyrin 309, Arsen 315, Bromoform 153, 308, Carbol 308, Filixmas 495, Hydrast. canad. 313, Jodkali 314, Jodnatrium 493, Jodoform 156, Lysol 154, Morphinum 309, Naphthalin 491, 492, Opium 311, Salicyl 314.  
**Ischias**, Jodvasogen 37, 332, Heissluftapparat 283, 542, hydriatr. Behandlung 497.  
**Itrol** bei Wunden 379.

**J.**

Jod, Dosirung bei Syphilis 273;  
Exanthem 292.  
Jodglycerin b. Rhinopharyngitis  
der Kinder 504.  
Jodipin bei Syphilis 507.  
Jodkalium siehe Kal. jod.  
Jodoform bei Conjunctivaldiph-

therie 531; Psychosen nach  
J. 156.

Jodoformogen bei Wunden 98.  
Jodoformvasogen, Anwendung  
90, 245, 249.  
Jodothylin, Anwendung 544.  
Jodvasogen, Anwendung 24,  
37, 90, 249, 331.

**K.**

Kal. jodat. bei Bubo 197, als  
Reagens bei Tuberculose  
142; Dosirung bei Syphilis  
273; in Klystierform 39, 40,  
als Pillen 176; Intoxication  
314, Exanthem 291.  
— nitric. als Diaphoreticum 282.  
— permang. bei Opiumvergift-  
ung 311, Coryza 362, Lupus  
509.  
Karno 465.  
Katheter, Abbrechen in der  
Urethra 402.

Kelen siehe Aethylchlorid.  
Keloid, multiples spontanes 80.  
Keratitis, Ichthyol 10, Airol 10,  
Xeroform 11, 104, 383, Sco-  
polamin 107, Jodvasogen  
249.  
Kleidotomie 74.  
Kolanin bei Neurasthenie 64.  
Kolaninbitter 65.  
Kreosotvasogen, Anwendung  
90.

**L.**

Lactation und Menstruation  
169.  
Lanolin bei Drüsenumoren 487.  
Largin bei Gonorrhö 488.  
Laryngitis exsudativa 62; Per-  
tussin 37, Kreosotvasogen  
90, Protargol 502.  
Leukämie und Schwanger-  
schaft 321.  
Liantral c. Ung. Caseini 235.  
Lichen ruber planus im Kehl-  
kopf 64.

Lipom im äusseren Gehörgang  
81, der Tonsillen 556.  
Liq. ferri sesquichlorat. bei  
Angiomen 464.  
Lithopaedion, 5 Jahre altes, 404.  
Luft, Verwendung überhitzter,  
542.  
Lupus der Nase und des Auges  
combinirt 12; L. erythem.  
dissemin. und discoid. bei  
Tuberculose 137, 138; Mutter  
und Tochter an Lupus er-

krankt 189; Differential-  
diagnose mit Syphilis 270;  
Therapie: Calomelinjection-  
nen 220, Röntgenstrahlen  
220, 221, Alkohol 222, Re-  
sorcin 316, Jodvasogen 332,  
Spontanheilung 316.

Luxationen, der grossen und  
2. Zehe eines Fusses 302,

L., isolirte des Radius nach  
vorn 303.

Lycetol bei Rheumatismen 543.

Lymphadenitis, Jodvasogen 37,  
331, Lanolin 487, Ung.  
Credé 517.

Lymphcyste, traumatische 276.

Lysol, Intoxication 154.

**M.**

Magendarmkatarrhe, Extr. Myr-  
tilli 59, Tannopin 128, 129,  
Tannoform 129, Chloral-  
bacid 282, Argent. colloid.  
518, Malzsuppe 130.

Malzsuppe bei magendarm-  
kranken Kindern 130.

Massage der Magenschleimhaut  
258.

Mastitis, Jodvasogen 331.

Maul- und Klauenseuche im  
Kehlkopf 63.

Melanosarkome und Naevi 558.

Meningismus hystericus 125.

Meningitis cerebrospin. epid. 357,  
traumatica 159, 359, meta-  
statische nach Verletz-  
ungen 358, typhosa 372, 561.

Menstruation u. Lactation 169.

Menthol. valerianic bei Hemi-  
cranie 61.

Metritis, Vaporisation 52.

Migraenator 60.

Milch verdaulicher zu machen  
237.

Miliaria im Larynx 62.

Milzbrand, Fall 222.

Minimalklystiere von Kal. jod. 39.

Morbilli, Koplik'sches Sym-  
ptom 132.

Morbus Addisonii und Syphilis  
175.

Morph. muriat., Anaestheticum  
in der Geburtshülfe 544;  
Intoxication 309.

Muskelschwiele, rheumatische  
67.

Myocarditis, Digitalisdiälysat  
514.

Myoma uteri, Geburtsverlauf  
bei 71; Vaporisation 52,  
Castration 273, Stypticin  
426.

Myositis, Fall 67.

**N.**

Nabelbehandlung, Xeroform  
201.

— verband bei Hernien der  
Kinder 355.

Nachgeburtsperiode. Credé oder  
expectativ? 545.

Nährstoff Heyden, Anwendung  
515.

# XIV

Naevi und Melanosarkome 558.

Naftalan bei Ekzem 12, 59, 119, 202, 330, 430, Psoriasis 13, 202, Combustio 430, Ulcus cruris 329, Rheumatismen 67.

Naphthalin, Intoxicationen 491, 492.

Naphthol bei Akne 3.

Nasenepilepsie, Fall 391.

Natr. bicarb. bei Combustio 8.

— glycerino-phosphor. bei Erkrankungen des Nervensystems 283.

— jodat. Intoxication 493.

— salicyl. bei Dysurie 307, Diabetes 481; Intoxicationen 314.

Nebennierenextract als Haemostaticum 385.

Nephritis. Therapie bei Scharlach 26; Digitalisdialysat 514; Dermatoses albuminuricae 26, Retinitis albuminurica 170.

Neuralgien, Jodvasogen 37, Salophen 67, Cannabis ind. mit Salicyl 134, Pyrosal und Phenosol 134, Aetherspray 497, Fango 235, hydriatr. Behandlung 497.

Neurasthenie, Kolanin 64, Natr. glycerino-phosphor. 283.

Neuritis nach Influenza 539; Fango 235.

Nirvanin, Anwendung 339, 340.

Noma diphtheritischer Natur 533.

## I.

Ol. jecor. aselli, Geschmackverdeckung 237, 469.

— Lauri, Dermatitis durch 198.

— Terebinth. bei Magenblutung 386, zur Enthaarung 466.

Onychia maligna infolge Aetzung mit Weinsteinsäure 304.

Ophthalmoblennorrhoe, Behandlung 206, 207, 248, 517.

Opium zur Diaphoresis 282; Intoxication 311.

Orchitis bei Influenza 539; Naftalan 330, Pflastersuspensionsbinde 279.

Orexin basic. bei Hyperemesis gravidarum 321.

— tannic. als Stomachicum 36, 282.

Orthoform für zahnärztliche Zwecke 7, 242, 339, bei Fissuren der Brustwarze 339, Larynxtuberculose 145, 242, Herpes zoster 8; Orthoformemulsion 146, Orthoform neu 147, 339; Einwirkung des Silbernitrats auf Orthoform 90; Arzneiexanthem 381.

Osteomalacie nach Trauma 259.

Ostitis nach Influenza 539.

Otitis, Xeroform 380.

Oxycampher (Oxaphor) bei Dyspnoë 483.

Ozaena siehe Rhinitis.

**P.**

- Pankreashaemorrhagie, acute** 427.  
**Panophthalmitis, puerperale** 406.  
**Papillome, Resorcin für vene-  
rische, 78.**  
**Paraldehyd bei Dyspnoë** 484.  
**Paralysen, hysterische** 216, 255,  
nach Arsen 315, einseitige  
Trochlearislähmung 387,  
Hemiplegie nach Typhus  
416.  
**Parametritis, Jodvasogen** 38,  
Heroin 565.  
**Paronychie bei Syphilis** 366,  
504, Tabes 553.  
**Parotitis infolge Einpinzelung  
der Haut mit Jodtinctur**  
261; tödtliche Blutung bei  
Parotitis 293.  
**Pasta, hautfarbene** 375, P. Zinci  
sulfurata 431.  
**Pemphigus im Kehlkopf** 63, 64,  
der Schleimhäute 261, hy-  
stericus 24, neonatorum  
acutus 263, P. unter dem  
Bilde einer acuten Infec-  
tionskrankheit 361.  
**Penis, eigenthümliche Verän-  
derung** 42, **Plaque indurée**  
566.  
**Periostitis nach Influenza** 539,  
Jodvasogen bei P. alveo-  
laris 38.  
**Pertussin bei Pertussis und  
Bronchitis** 36.  
**Pertussis, Pertussin** 36, Bromo-  
form 361, Heroin 516.  
**Perucognac bei Phthise** 323.  
**Pflastersuspensionsbinde** 281.  
**Pharyngitis, Jodvasogen** 331,  
Protargol 502.  
**Phenacetin bei Hemicranie** 252.  
**Phenosol bei Neuralgien** 134.  
**Phlegmone, Ung. Credé** 517.  
**Photographen, Berufsderma-  
tose der, 18.**  
**Pityriasis versicolor, Ichthyol-  
vasogen** 90.  
**Placenta, neue Methode der  
Expression** 163, Credé oder  
expectativ? 545, Verwachs-  
ung mit der Uteruswand  
546.  
**Plaque indurée am Penis** 566.  
**Pleuritis typhosa** 371; Jodva-  
sogen 38, 330, Fango 235,  
Thon 378, Wernarzer Brun-  
nen 265.  
**Plumb. acetic. bei Ulcus cruris**  
31, Dysenterie 251.  
**Pneumonie, Contusions-, 27.**  
**Pollutiones, galvanische Be-  
handlung** 160.  
**Polypen der Nase** 556.  
**Primula obconica, Dermatitis  
durch, 197.**  
**Protargol bei Gonorrhoe** 22,  
207, 306, 488, Rhinitis go-  
norrhoeica 397, in der rhino-  
laryngol. Praxis 502, bei  
Augenentzündungen 248.  
**Prurigo, Orthoform** 8, Naftalan  
431.  
**Pruritus senilis** 317, bei Ikterus



317, vulvae gravidarum 409;  
Naftalan 431.  
Psoriasis auf Impfnarben 442;  
Naftalan 13, Ichthyolva-  
sogen 90, Eurobin, Eu-  
gallol 199.  
Psychosen bei Carcinomka-  
chexie 83, Herzkranken 87,  
nach Jodoform 156, nach  
Castration bei Uterusmyom  
273.

Puerperalfieber und Bacter. coli  
75, Begriff und Definition  
317, Sepsis post abortum  
408, Panophthalmitis 406.

Pulvis cuticolor 60.

Pupille, diagnostische Merk-  
male 466, Veränderungen  
bei Hysterie 537.

Purpura syphilitica 506.

Pyrosal bei Neuralgien 134.

## Q.

Quecksilberpflaster, graues bei Akne 2.

## R.

Radfahren bei einem Rese-  
cirten 91.

Receptcopieen 568.

Resorcin bei Akne 3, Lupus 316,  
venerischen Papillomen 78,  
Gonorrhö 21.

Retinitis albuminurica gravi-  
darum 170.

Rhachitis, Malzsuppe 131.

Rheumatismen im Cricoary-  
taenoidgelenk 402, rheum.  
Muskelschwiele 67, Erysipel  
und acuter Gelenkrheuma-  
tismus 402, Angina und Rh.  
540; Jodvasogen 37, 38,  
322, Salicyl äusserlich 499,  
Naftalan 67, Salipyrin 67,  
Antifebrin 469, Antiarthrin  
543, Pyrosal und Phenosol  
134, Aspirin 404, 501, Ly-

cetol 543, Jodothylin 543,  
Fango 235, überhitzte Luft  
283, 542, Stauungshyper-  
aemie 65.

Rhinitis, Ursache von Augener-  
krankungen 11, gonorrhoeica  
bei Kindern 396, Rhino-  
pharyngitis bei Kindern  
503, Nasendiphtherie 135;  
Ichthyolvasogen bei Ozaena  
90, Citronensäure dabei 501,  
Kal. permang. bei Coryza  
362, Xeroform bei Rh.  
scrophulosa 201, Protargol  
502, submuköse Injection  
von Chlorzink 135.

Röntgenstrahlen bei Ekzem 12,  
220, Lupus 220, 221; Der-  
matitis durch, 40.

Rollzange bei Trachom 105.



**S.**

Salben-Fülltuben 401.  
 Salicylvasogen bei Rheumatismus 501.  
 Salipyrin bei Rheumatismen 67.  
 Salol bei Stomatitis 225; Ekzem durch Salol 203.  
 Salophen bei Rheumatismus 66, 543, Influenza 374, 516.  
 Sanatogen 144.  
 Sanguinal Krewel 423.  
 Sanose 565.  
 Sarkome des Ovariums 81, der Vagina 558, des Ohres 557.  
 Scabies, Eudermol 70.  
 Scarlatina, Therapie der Nephritis 26.  
 Scheidentampons mit Ichthyol 398.  
 Schilddrüsenbehandlung bei Fettsucht 193, 337; Arsen gegen die Schädlichkeiten der S. 568.  
 Schlafanfall, hysterischer 124.  
 Schmelzbougies bei Gonorrhö 203.  
 Schneider, Berufsexanthem der, 19.  
 Schusterhand 352.  
 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Diabetes 482, perniciöse Anaemie 242; frühzeitige Schwangerschaft 321, wiederholte bei lienaler Leukaemie 321, Schwangerschaft und Larynx Tumoren 554; Vomitus

321, 322, Pruritus vulvae 409, Infection der Genitalien mit Vaccine 447, Diagnose von Zwillingen 544, Retinitis albuminurica 170, Uterus gravidus incarceratus 320; Wehenanomalien 405, eigenthümliche Geburt bei Myom 71, Steissgeburtsbehandlung 161, Entwicklung des nachfolgenden Kopfes 165, Kleidotomie 74, Morphium als Anaestheticum 544, Placentarexpression 163, Verhalten in der Nachgeburtszeit 543, Verwachsung der Placenta 546, Verletzung des kindlichen Auges 547, Sectio caesarea post mortem 443, Blutungen post partum 387, 544, Sepsis post abortum 408, Begriff des Puerperalfiebers 317, Bacterium coli und Wochenbettfieber 75, puerperale Panophthalmitis 406, künstliche Frühgeburt bei Herzkranken 166, abnorm lange Retention todter Früchte 168, 5 Jahre altes Lithopaedion 404, Wiederbelebung scheinodter Kinder 445, Menstruation und Lactation 169.  
 Scopolamin. hydrobromat. als Mydriaticum 107.  
 Scrophulose, Jodvasogen 37, 38, 331, Dermatol 119, Naftalan 119, Heissluftbad 108.

# XVIII

Seifenbehandlung bei Local-  
tuberculose 452, 453.

Sepsis infolge Furunkels an der  
Nase 17; Ung. Credé 99.

Serodiagnostik des Typhus 225,  
327.

Sklerodermie, Jodothylin 544.

Sklerose multiple nach Trauma  
363, und Hysterie 538.

Somatose bei Typhus der Kin-  
der 227; Verfahren zur  
Lösung der S. 189.

Soor, Borsäureschnuller 549.

Spasmus glottidis, Kürzung der  
Uvula 225.

Spirit. Captol. comp. bei Alo-  
pecie 196.

— saponat. zur Desinfection  
der Hände 475.

Spondylitis syphilitica 409.

Sprachstörungen bei Typhus  
560.

Stauungshyperämie, bei Rheu-  
matismen 65; eigenartige  
Sensibilitätsstörungen nach  
S. 453.

Steissgeburt, Behandlung 151.

Stomatitis, Mundwasser bei St.  
der Raucher 225, Jodva-  
sogen 331.

Stottern bei Typhus 560.

Stricture tracheae nach Tracheo-  
tomie 532.

— urethrae, Blutungen dabei  
387.

Struma congenita syphilitica  
266, maligna 459, 461; Jod-  
vasogen 38.

Stypticin bei Gebärmutterblut-  
ungen 53, 426.

Sulfur praecip. bei Akne 3, 4,  
Ekzem 431, 432.

Suspensorien u. ihr Ersatz 279.

Sykosis, Pasta Zinci sulfurat.  
431.

Syphilis. Primäraffect an der  
hinteren Rachenwand 365,  
Urethralshanker 415, mul-  
tiple extragenitale Primär-  
affecte 270, Excision des  
Shankers 175; Reinfection  
272, 415, dreimalige Infec-  
tion 365; S. hereditaria tarda  
267, 505; Fall von S. d'em-  
blée 29; S. sine exanthe-  
mate 174; Gumma des Kehl-  
kopfes 412, der Trachea  
176, der Hohlhand 177;  
Plaques muqueuses am  
Rachen 269; Framboesie  
410, Tetanie 415, Addison-  
'sche Krankheit 175, Alo-  
pecie 194, Haemoglobinurie  
413, Cystitis 504, Purpura  
506, Paronychie 366, 504,  
Struma 266, Spondylitis 409,  
Aortenaneurysma 409; S.  
und Tuberculose 30, und  
Lupus 270, und Tabes 367;  
Heirathserlaubniss 172; Ca-  
lomel intern 28, Ung. Hy-  
drarg. ciner. intern 28, Jod-  
kali in Pillen 176, Dosirung  
des Jod 273, Jodipin 507,  
Jodvasogen 38, 90, 331,  
Hydrargyrumvasogen 90,  
Hydrarg. colloid. 175, 518,  
Welander'sche Methode 366,  
Heissluftbad 105.

**T.**

- Tabes dorsalis**, traumatische 76, 368, mit Syphilis 367, mit Bulbärparalyse 448, Athetose bei T. 368, intermittierende Pupillenstarre 76, Krisen mit hohem Fieber 550, Nagelerkrankung 558.
- Tachypnoë**, hysterische 217.
- Taenien** Athetose durch *Taenia saginata* 123, *Taenia mediocanellata* b. 7 Wochen altem Kinde 124; Thymol 497, Filix mas 495.
- Tannigen** bei Dysenterie 534.
- Tannoform** bei Magendarmaffectionen 129, Ekzem 201, Hyperidrosis 307, Balanitis 107.
- Tannopin** bei Magendarmaffectionen 128, 129.
- Taubstummheit**, hyster. 534.
- Teleangiectasieen**, Injectionen v. Eisenchlorid 464.
- Terpinhydrat**, Nebenwirkung 381.
- Tetanie** infolge Syphilis congenitalis 415.  
Tetanus aus seltener Ursache 77.
- Thiol. liquid.** bei Combustio 429.
- Thon** als Antisepticum 245, 373, 377, 379.
- Thränensackblennorrhö**, Protagol 248.
- Thränenträufeln** infolge Rhinitis 12.
- Thrombose** der Vena poplitea bei Influenza 539.
- Thymol** bei Bandwurm 497.
- Thyroidin** bei Adipositas 193.
- Tinct. cantharid.** b. Alopecie 196.
- jodi bei Syphilis 273, Enthaarungsmittel 466; Parotitis nach Einpinselung 261.
- Touchirhandschuhe** 74.
- Trachealstenose** nach Tracheotomie 532.
- Trachom** siehe Conjunctivitis.
- Traumen.** Als Folge von T. Epidermoide der Hand 369, Melanosarkome 558, Tumoren 78, Lymphcyste 276, Exostosen 277. Tuberculose der Mesenterialdrüsen 140, Darmblutung 529, Hernien 210, Augeneiterung 249, Trochlearis-Lähmung 387, Meningitis 358, 359, Tabes 76, 368, multiple Sklerose 363, Hysterie 214, 216, 217, Epilepsie 39, 394, Diabetes 390, Osteomalacie 259.
- Tropococain. mur.** zur Infiltrationsanaesthesie 7.
- Tropon**, Anwendung 332.
- Tuberculides** 137.
- Tuberculose des Auges** und der Nase combinirt 7. der Conjunctiva 324, der Haut des Unterlides 136, Meningitis 359, Unterlippe 456, Pharynx 509, Blase 138, 529, Urogenitalapparat 139, Urethralschleimhaut 457, Mesenterialdrüsen 140, Phthise bei Diabetes 343, T. u. Sy-

philis 30; Exantheme bei T. 137; Jodkalium als Reagens bei T. 142; Desinfection 480; Therapie der Phthise: Kreosotvasogen 90, Creosotal u. Duotal 140, 516, Duotal u. Ichthyol 140, 455, 513, Zimmtsäure 513, Peruocognac 323, Arsen 512, Heroin 322, 323, 420 ff., 515, Dionin 323; Orthoform bei T. des Larynx 145, 146; Schmierseifen-Behandlung 452, 453, Bier'sche Stauung 453, Formalin 510 b. chirurg. T.; Kal. permang. bei Lupus 509.

Tumoren durch Trauma 78, Lymphcysten 276, Exostosen 277, Angiome u. Teleangiectasien 464, Keloide, multiple 80, Epidermoide der Hand 369, Gumma der Hohlhand 176, der Trachea 176, Larynxtumoren 464, 554, adenoide Vegetationen 555, Lipome an den Tonsillen 176, Lipome im Gehörgang 81, Nasenpolypen 556, venerische Papillome 78, Vaporisation bei Uterus-

myomen 52, Geburtverlauf dabei 71, Psychosen nach Castration bei Uterusmyomen 273, Psychosen bei Carcinomkachexie 83, Carcinome der Vagina 558, der Mamma 274, 370, des Oesophagus 81, des Pankreas 274, Harnblasen-Tumoren 303, 304, multiple Carcinome 82, 369, Carcinome im Ohr 557, Struma maligna 461, Carcinome der Schilddrüse, Metastasen an der Schädelbasis 459, Gliosarkom des Gehirns 370, Melanosarkome 558, Sarkom d. Ovariums 81.

Typhus abdominalis, Serodiagnostik 225, 327, bei einem Säugling 326, zwei interessante Fälle 416, Meningitis serosa bei T. 561, Typhusbacillen bei Cystitis 416, T. und Epilepsie 395, Meningitis bei T. 372, cerebrale Hemiplegie u. Aphasie nach T. 416, Sprachstörungen 560, Amaurose nach T. 561, Pleuritis 371, Epiglottitis-Affection 558, eitrige Epithymitis 326; Somatose 227.

## U.

Ulcus corneae bei Rhinitis 11, Behandlung des Thränensackes dabei 181, Bol. alb. 373, Xeroform 11, Hydrarg. oxyd. flav. 180.

— cruris, Xeroform 31, Naftalan 329, Thon 378, Jod-

vasogen 37, 322, Zinkleim 328, Burow'sche Lösung 31, Trendelenburg'sche Operation 32.

— durum siehe Syphilis.

— molle der Urethralschleimhaut 34, retroperitonealer

Bubo 197; Xeroform 228, Airol 228, Hitzebestrahlung 35.  
 — des Rachens, Anesin 243.  
 — der Vagina und Portio, Jodvasogen 38.  
 — ventriculi, Gelatine 385.  
 Unguent. Caseini cum Liantral 235.  
 — Credé bei Blutvergiftungen 99, 380, Phlegmone 517, Lymphadenitis 517, Meningitis cerebrospin. 357.

— Hydrarg. ciner. intern 28.  
 Urethritis, chemische 34, gonorrhoeische siehe Gonorrhoe.  
 Urticaria im Kehlkopf 64, chronische des Larynx 414, der Uvula 417, künstliche 188, erbliche 417, haemorrhagica 184, U. bei Arthritis 117, U. und circumscriptes Hautödem 188; Extr. Myrtilli 59, Naftalan 431.

## V.

Vaccination, Localisation von Psoriasis auf Impfnarben 442, Infection der Genitalien mit Vaccine 447.  
 Vaporisation bei Gebärmutterblutungen 49, 50.  
 Varicellen im Kehlkopf 63.  
 Varicocele, Pflastersuspensionsbinde 281.  
 Variola im Kehlkopf 63.  
 Vegetationen, adenoide, Ur-

sache von Augenerkrankungen 11, bei einer Greisin 555.  
 Venaesectio bei Scharlachnephritis 26.  
 Verrucae, Extract. Cannab. ind. 330.  
 Vitia cordis und Herzepilepsie 121, toxämische Delirien bei V. 85, Psychosen 87, künstliche Frühgeburt 166; Digitalisdialysat 514.

## W.

Wandererysipel, Fall 296.  
 — niere, Behandlung 563.  
 Wasserstoffsuperoxyd bei Ceruminalpfröpfen 189.  
 Weil'sche Krankheit, Fälle 229.

Wernarzer Brunnen, Pleuritis 265.  
 Wunden, Jodoformogen 98, 245, Dermatol 98, Xeroform 245, 380, 474, Thon 245, 373, 377, Itrol 379.

**X.**

Xanthoma glycosuricum 54.  
 Xeroform bei Ulcus corneae 11,  
 Keratitis 383, anderen Au-  
 genaffectionen 104, 206, in  
 der Rhino - Laryngologie

245, bei Otitis 380, Ekzem  
 200, Wunden 245, 380, 474,  
 Ulcus cruris 31, Ulcus  
 molle 228.

**Z.**

Zahnextractions „Anaesthesie“  
 und „Blutungen.“  
 Zinc. acetic. bei Gonorrhoe 306.  
 — carbonic. bei venerischen  
 Papillomen 78.  
 — chlorat. bei Angiomen 464.  
 — oxyd. bei Akne 3, 4, Ulcus  
 cruris 328, in hautfarbenen  
 Salben, Pasten, Leim 375,  
 376.  
 — sulfocarbolic. bei Gonorrhoe  
 21, Ephelides 119.

Zinkleim bei Ulcus cruris 328,  
 hautfarbene 376.  
 Zimmtsäurebehandlung bei Tu-  
 berculose 513.  
 Zitterneurose, hysterische 217.  
 Zweigläsermethode, Doppelglas  
 dazu 89.  
 Zwillinge, Diagnose 544.  
 Zwirnsulen zum Extensions-  
 verband 298.





## Bücherschau.

- Albert, Lehrbuch der speziellen Chirurgie 239.
- Boas, Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten 46.
- Böing, Neue Untersuchungen zur Pocken- und Impffrage 94.
- Brühl, Das menschliche Gehörorgan 472
- Bum, Handbuch der Massage 287.
- Chotzen, Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten 48, 238.
- Cohn, Leitfaden der Elektrodagnostik und Elektrophotherapie 239.
- Czermak, Augenärztliche Operationen 335.
- Drasche, Bibliothek der medicin. Wissenschaften 190, 240.
- Ebstein-Schwalbe, Handbuch der prakt. Medicin 191, 472.
- Einhorn, Die Krankheiten des Magens 45.
- Eulenburg, Realencyclopädie 93, 240, 471.
- Eulenburg-Samuel, Lehrbuch der allgem. Therapie und therap. Methodik 92.
- Filatow, Vorlesungen über acute Infectionskrankheiten 288.
- Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten 288.
- Freitag, Vorträge über Nierenkrankheiten 94.
- Gellhorn, Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebärmutterkrebses mit dem Glüheisen 470.
- Gräupner, Die Störungen des Kreislaufs und ihre Behandlung mit Bädern und Gymnastik 470.
- Guttmann, Grundriss der Hydrotherapie 47.
- Haab, Skizzenbuch zur Einzeichnung von Augenspiegelbildern 424.
- Harnack, Die Hauptthat-sachen der Chemie 48.
- Herz, Die Störungen des Verdauungsapparats als Ursache und Folge anderer Krankheiten 288.
- Kafka, Therapie der Haut- u. Geschlechtskrankheiten 285.
- Kaiserling, Practicum der wissenschaftlichen Photographie 287.

- Klette, Vademecum für Mediciner 336.
- Kraepelin, Psychiatrie 520.
- Krafft-Ebing, Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie 45, 424.
- Kroll, Stereoskopische Bilder 92.
- Landerer, Handbuch der allgem. chirurgischen Pathologie und Therapie 46.
- Lehmann's medicin. Atlanten 238, 254, 519.
- Lenné, Wesen, Ursache und Behandlung der Zuckerkrankheit 192.
- Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 47, 284.
- und Goldscheider, Zeitschrift für diätetische und physikal. Therapie 47, 285.
- Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen 471.
- Liebreich, Encyclopädie der Therapie 192, 472.
- Mackenrodt, Das Studium der Frauenheilkunde 470.
- Medicinalkalender, 190, 238, 286.
- Mikulicz und Kümmel, Die Krankheiten des Mundes 240.
- Möbius, Neurolog. Beiträge 424.
- Ueber das Pathologische bei Göthe 471.
- Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 93, 335.
- Mooren, Gesichtsstörungen und Uterinleiden 470.
- Neumann, Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten 286.
- Prausnitz, Grundzüge der Hygiene 336.
- Rauber, Lehrbuch der Anatomie 190.
- Rapmund und Dietrich, Aerztl. Rechts- und Gesetzeskunde 191.
- Reinke, Anatomie des Menschen 335.
- Rüdinger, Cursus der topographischen Anatomie 519.
- Schmorl, Stereoskopisch-photograph. Atlas der patholog. Anatomie des Herzens 519.
- Schubert, Die Blutentziehungsseuren 48.
- Schuster, Untersuchung und Begutachtung bei traumat. Erkrankungen des Nervensystems 239.
- Schwalbe, Grundriss der spec. Pathologie und Therapie 93.
- Jahrbuch der praktischen Medizin 512.
- Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden 335.
- Sommerfeld, Handbuch der Gewerbekrankheiten 336.
- Spaeth, Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes 45.
- Stilling, Grundzüge der Augenheilkunde 46.
- Toldt, Anatom. Atlas 92.
- Villaret, Handwörterbuch der gesamten Medicin 287.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 1.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*October*

*VIII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Akne.** Ueber **Behandlung der A. vulgaris** referirte Dr. Th. Veiel (Cannstatt). Er sieht A. als bakterielle Erkrankung der Talgdrüsen an, nur eine dahin sich erstreckende Therapie führt zum Ziel. Eine hereditäre Disposition besteht sicher. Schwächende Momente aller Art erhöhen die Disposition zur A., Besserung des Allgemeinbefindens vermindert sie. Daher ist auch Allgemeinbehandlung bei dieser Affection von nöthen! Bei anaemischen Pat. verordne man Eisen, frische Luft, nahrhafte Kost, regelmässigen Schlaf (bei Damen mit gesellschaftlichen Verpflichtungen energisch durchzusetzen!), Magenkranken die richtige Diät (scharf gewürzte Speisen und solche mit freien Fettsäuren verschlimmern zweifellos die A., viel weniger ist der Alkohol in mässigen Quantitäten



zu fürchten), bei Obstipatio, Genitalaffectionen u. s. w. muss man dagegen Maassnahmen treffen. Ein inneres Specificum gegen A. giebt es nicht, nur örtliche Behandlung nützt. Sehr wichtig ist, dass die Pat. die Wäsche oft wechseln und vor dem Wiedergebrauch gehörig desinficiren; wie bei Furunculose immer wieder Rückfälle eintreten, solange man nicht auf diesen Punkt achtet, so ist es auch bei A. Wenn kein Apparat vorhanden, ist die Wäsche in Schmierseifenlauge zu kochen, ehe sie in der üblichen Weise gewaschen wird. Besonders wichtig ist dies bei Pat., die gleichzeitig an Seborrhöe des Gesichtes und Kopfes leiden (das Kopfkissen dieser Pat. ist der reinste Infectionspfuhl!). Wo diese Seborrhöe vorhanden, muss sie erst geheilt werden, sonst heilt auch die A. nicht; das Beste ist, Morgens den Kopf mit Spirit. saponat.-kalin. abzuwaschen, Abends mit einer 5%igen spirituösen Lösung von Liquor carbonis detergens die Kopfhaut zu befeuchten. Gegen A. selbst hält Autor selbst für das beste Mittel das graue Quecksilberpflaster, durch das die Comedonen am schnellsten entfernt, die entzündeten Knoten am raschesten zur Reife gebracht werden. Mit demselben wird das ganze Gesicht soweit es erkrankt ist, alle 24 Stunden frisch beklebt; es erweicht die über die Comedonen herziehende Epidermisdecke, sodass die Comedonen sehr leicht herausgedrückt werden können (letzteres geschieht am besten mit dem Finger, an den Nasenwinkeln, an den Ohren mit einem metallenen, uhrschlüsselförmigen Quetscher). Schon am dritten Tage gewöhnlich ist die Haut ganz mit Pusteln besetzt; die weiche Decke derselben lässt sich mit einem Leinwandstückchen spielend wegreiben und dann die Pustel durch seitlichen Druck sehr leicht entleeren. Das Pflaster (am besten das von Beiersdorf, wenn keine Seborrhoea faciei vorhanden, wo letztere besteht, das von Seabury und Johnston, wo die Pflastermasse dicker ist und sich weniger im Hautfett löst) wird solange getragen, bis die Bildung neuer Aknepusteln aufhört, was in 2–3 Wochen der Fall zu sein pflegt. Vortheile der Quecksilberpflasterbehandlung: Rascher Erfolg, Schmerzlosigkeit, kleine Narben; Nachtheile: Nothwendigkeit der klinischen Behandlung, Gefahr einer Sto-

matitis und Dermatitis. Erstere fast stets zu vermeiden durch sorgfältige Mundpflege; tritt sie dennoch auf, so wird das Pflaster mit Aether abgewaschen und durch Zinkguttaperchapflastermull ersetzt, bis die Stomatitis verschwunden ist (vorzüglich wirkt Airöl, mit Pulverbläser auf den Zahnfleischrand geblasen), worauf schon nach einigen Tagen das Quecksilberpflaster wieder applicirt werden kann. Dermatitis lässt sich durch Abschwächung des Pflasters vermeiden; man lässt es so lange durch Zusammenschmelzen mit Emplastr. fusc. camphorat. verdünnen (1: 1—10), bis es vertragen wird. Nur wenn sehr tief liegende Knoten sich auffallend langsam erweichen, eröffnet Autor sie, und zwar an dem Punkte, an welchem bei seitlichem Zusammendrücken des Knotens durch den Druck des eingespannten Eiters eine anämische weisse Stelle auf der Hautoberfläche erzeugt wird (so möglichst unsichtbare Narben!). Vereiternde Atheromcysten werden mit einem schmalen Messer eröffnet, entleert, dann wird der Balg durch Höllenstein in Substanz oder durch Auspinselung mit einer 50%igen spirituösen Chlorzinklösung zerstört (vorher Auspinselung mit 4%iger Cocainlösung). Nur wenn aus irgend einem Grunde (Idiosynkrasie, Widerwillen!) die Pflasterbehandlung nicht anwendbar, greift Autor zur Schälmethode. Gut wirken die Isaac-Unna'sche (1), die Lassar'sche (2) und die Hebra'sche (3) Paste, am besten die erste (leider theuer!):

## 1. Rp.

*Resorcin. puriss.* 10,0

*Zink. oxyd.* 2,5

*Terr. silic.* 0,5

*Adip. benzoat.* 8,0

S. Täglich 2 Mal einzureiben,  
bis die Schälung beginnt.

## 2. Rp.

β *Naphthol.* 10,0

*Sulfur. praec.* 50,0

*Vaselin.*

*Sapon. virid.* aa 25,0

S. Tägl. 15—20 Min. messer-  
rückendick aufzureiben, dann  
abzuwischen und mit Taleum  
zu bepudern.

## 3. Rp.

*Hydrarg. praec. alb.*

*Bismuth. subnitr.*

*Ichthyol.* aa 2,0

*Vaselin.* 20,0

S. Abends einzureiben.

Wenn sich unter dem Quecksilberpflaster keine neuen Pusteln mehr bilden, wird ersteres mit Aether, Benzin oder Aceton gründlich entfernt, dann ein Tag lang Zink-

guttaperchapflastermull aufgelegt (zur Beruhigung der Haut). Sodann 2. Theil der Behandlung (der bei ambulanter Behandlung von vornherein statthat): Die Schwefeltherapie. Keine Schwefelsalben! Besser Schwefelseife! Noch besser eine nach dem Vorbilde des Kummerfeld'schen Wassers bereitete Schwefelpaste (gleiche Theile Schwefelmilch, Spiritus, Wasser mit Zusatz von 10 % Mucilago gummi arab.), abends aufgepinselt, morgens abgewaschen. Wird sie nicht vertragen (selten!), dann Paste aus einem Theil feinpulverisirter Borsäure, 4 Theilen Zinkoxyd, 36 Theilen Stärkemehl und soviel lauem Wasser, dass die Paste Milchconsistenz hat, dann Zusatz von 1—50 % Schwefelmilch, allmählig steigend, so dass sich die Haut allmählig an den Schwefel gewöhnt. — Was die Therapie einiger anderer Formen von A. betrifft, so bedarf es bei A. artificialis meist nur der Entfernung des aetiologischen Momentes. Bei A. necrotica empfehlenswerth:

Rp.

*Acid. salicyl. 5,0*

*Lact. Sulfur. 5,0*

*Zink. oxyd. 10,0*

*Vaseln. americ. 80,0*

*M. f. pasta.*

Bei A. cachecticorum: Leberthran, local die Borsäurezinkamylumpaste (s. oben).

(VI. Congress der deutschen dermatolog. Gesellschaft, 31. Mai 1898. —  
Klin.-therap. Wochenschrift 1898, No. 28.)

### **Anaesthesie, Narkose.** Ueber Erfahrungen mit der

**Aethylchloridnarkose** (Aethylchlorid von Gilliard, Monnet et Cartier) lässt sich Dr. J. Pircher (Innsbruck, chirurg. Klinik) aus, auf 141 Fälle sich stützend. Diese Narkose kennzeichnet sich im Allgemeinen durch ihr rasches Eintreten bis zur vollständigen Unempfindlichkeit, sowie durch ebenso rasches Erwachen aus derselben; die Excitation ist gewöhnlich von kurzer Dauer und äussert sich meist durch Abwehrbewegungen, während Wahnvorstellungen und tolles Gebarden mit Schreien selten sind. Die Excitationserscheinungen sind abhängig von der Erregbarkeit und Alkohol-



gewöhnung des Individuums. Gewöhnlich tritt die Excitation  $\frac{1}{4}$ —2 Minuten nach Beginn der Narkose ein und beschränkt sich die Dauer auf  $\frac{1}{4}$ —2 Minuten (einzelne Patienten freilich — 8 — kamen während der ganzen Narkose nicht zur Ruhe, bei 10 trat die Excitation am Schlusse der Narkose vor dem Erwachen ein). Die kurze Dauer der Excitation vermindert gewiss jene Gefahren, welche den Pat. während des bedeutend längeren Aufregungsstadiums bei der Chloroformnarkose drohen. Bis die Operation begonnen werden kann, dauert es durchschnittlich  $1\frac{1}{2}$  Minuten. Nur 8 Mal war die Anaesthetie unvollständig, doch auch hier kamen die Schmerzen nur undeutlich zum Bewusstsein; sonst war die Bewusstlosigkeit eine so tiefe, dass die Pat. absolut keine Erinnerung an die Operation haben. Das Kelen (=Aethylchlorid) wirkt besonders rasch auf die psychischen Centren ein, während die Reflexerregbarkeit erst spät und nach Zuführen grösserer Mengen erlischt. Ziemlich selten wurde daher eine vollständige Muskeler schlaffung beobachtet, jedoch, wo Entspannung der Muskulatur erwünscht war (Redressements, Reposition von Luxationen und Fracturen etc.) genügte Kelen allen Anforderungen. Auch Corneal- und Pupillarreflex sind gewöhnlich erhalten. Zu Beginn der Narkose sind die Pupillen weit und verengen sich im Verlaufe derselben mässig, reagiren gewöhnlich auf Lichteinfall prompt und es behält die Cornea ihre Empfindlichkeit. In nicht so seltenen Fällen sah Autor jedoch das Verschwinden beider Reflexe, ohne dass die Pupille jene Enge erreicht hätte, wie bei der tiefen Chloroformnarkose; wird in diesem Stadium mit dem Zuführen des Kelen sistirt, so verschwindet im nächsten Augenblick dies Phänomen. Es drängt sich hier die Folgerung auf, dass wenn die Reflexe der Cornea und Pupille verschwinden, die ja bei der Narkose sehr spät erst erlöschen und ein sicheres Zeichen tiefer Betäubung geben, welches Stadium nicht überschritten werden soll, auch die Athmungs- und Herzcentra gelähmt werden könnten und somit jene gefährliche Asphyxie herbeigeführt werden könnte, welche durch übermässige Darreichung des Narkoticums entsteht. Jedoch dürfte infolge der Flüchtigkeit des Mittels die Asphyxie bei der

Kelennarkose nicht so gefahrdrohend werden, wie bei Anwendung des Chloroforms und bei rechtzeitiger Wahrnehmung des drohenden Stadiums durch Entfernen der Maske und künstliche Athmung die Respiration bald wieder ihren normalen Gang nehmen. Bisher hat aber Autor noch nie besorgniserregende Erscheinungen bezüglich des Herzens und der Lunge erlebt! Der Puls war im allgemeinen voll und kräftig, die Frequenz meist erhöht, besonders aber bei Pat., die stärker excitirten. Oefters erschien auch das Gesicht stark geröthet, manchmal mit Schweiss bedeckt; nur 8 Mal beträchtlichere Cyanose (heftige Excitation!). Die Respirationsfrequenz war fast stets erhöht. 18 Mal Erbrechen nach dem Erwachen, 3 mal während der Narkose (vorzeitiges Erwachen), sonst, obwohl die Pat. öfters kurz vor der Narkose gegessen, nie Erscheinungen seitens des Magens. Fast stets momentanes Erwachen ohne längeres Benommensein (nur vereinzelt Verzögerung bis zu 4 Minuten); gewöhnlich steht Pat. sofort auf und kann nach Haus gehen. Freilich lässt sich auch eine längere Narkose mit Kelen schwer erreichen; in obigen Fällen dauerte sie  $1\frac{1}{2}$ —5 Minuten (56 Fälle), 6—10 (65 Fälle), 11—15 (18 Fälle), 20 und 25 (je 1 Fall). Es wurden in dieser Zeit ausgeführt: Incisionen und Excochleationen bei Abscessen, Phegmonen, Fremdkörpern, Phimosis, Exstirpation von Geschwülsten, Ablationen des Unterschenkels, Exarticulationen von Phalangen, Exstirpation von Nägeln (Unguis incarnatus), Redressement bei Pes equinovarus mit Achillotenotomie, Redressement und Osteoklase bei Genu valgum, Rhachitis etc., Reposition von Luxationen, Kauterisationen, Zahnextractionen u. s. w. Die Pat. waren  $1\frac{1}{2}$ —72 Jahre alt, der durchschnittliche Verbrauch von Kelen betrug 8—20 gr (aber auch nur 3 gr und bis 45 gr). Behufs Erzielung einer raschen Wirkung muss der Kelendampf möglichst concentrirt eingeathmet werden, wozu ein gut abschliessender Korb nöthig ist. Ein solcher ist der Breuer'sche (L. Schulmeister, Wien IX, Spitalgasse 6). Derselbe besteht aus einer metallenen, halbkugeligen Haube, welche sich mittelst eines weichen Kautschukrandes fest ans Gesicht um Mund und

Nase anschmiegt, sodass von der Seite keine Luft zuströmen kann; an der Haube befinden sich 2 Oeffnungen, welche mittelst mit Federn versehener Plattenventile in der Weise durch den Luftstrom geschlossen werden können, dass durch die eine Oeffnung die Athmungsluft ausströmt und durch die andere frische Luft zuströmt; an die Zufuhröffnung wird eine in zwei Hälften abnehmbare Kapsel mit einer schlitzartigen Oeffnung gesteckt, in welche ein Mulltupfer hineinkommt. Ist alles für die Operation vorbereitet, so werden 3—5 gr Kelen (je nach dem Individuum) aus der Tube in den Schlitz der Kapsel gespritzt, worauf der Korb luftdicht auf das Gesicht des Pat. gesetzt wird, der ruhig und tief athmen muss, bis nach 1—1½ Minuten das Toleranzstadium erreicht ist, das 4—6 Minuten dauert; soll es länger anhalten, so muss man, bevor noch Zeichen des Erwachens eintreten, in kurzen Zwischenräumen Mengen von 1—3 gr in die Kapsel spritzen (ohne Lüftung des Korbes). Wenn erst nachgespritzt wird, wenn Pat. sich zu bewegen und zu stöhnen beginnt, ist die Narkose bereits unterbrochen und unvollkommen. Es giebt Fälle, die ein ununterbrochenes Aufspritzen nöthig machen, ja sogar solche, wo wegen des dünnen Kelenstrahles durch eine Röhre nicht genügend Kelen zugeführt werden kann, sodass 2 Tuben zugleich functioniren müssen. Bemerkt man das Verschwinden des Cornealreflexes, so sistire man die weitere Zuführung, ja lüfte die Maske, bis der wieder erschienene Reflex das Abklingen der tiefen Narkose anzeigt. Bis zum Eintritt der Analgesie möglichst Ruhe um den Pat., da sonst die Toleranz oft hinausgeschoben wird. Stets zuvor Lunge und Herz untersuchen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 21).

- Dr. J. Custer jun. (Berneck), der das **Tropococain. mur.** (**Merck**) zur **Infiltrationsanaesthesia statt des Cocains** verwendet, kommt zu dem Schluss, dass jenes Präparat die gleiche Wirkung wie Cocain besitzt (daher in gleicher Concentration anzuwenden, wie von Schleich angegeben) und dabei 3 Mal weniger giftig ist, sodass es überhaupt den Vorzug verdient.

(Münchener med. Wochenschrift 1898, No. 82).

- **Orthoform für zahnärztliche Zwecke** kann Dr. Jessen warm empfehlen. Es ist ein souveränes Mittel zur Be-

seitigung des Nachschmerzes nach Extraction an Peridentitis erkrankter Zähne, wo es (mittelst feuchten Wattebausches reichlich in die Wunde gebracht) fast momentan wirkt, ferner bewährte es sich bei freigelegter entzündlicher Pulpa und bei Zungen- und Mundgeschwüren.

(Deutsche zahnärztl. Wochenschrift 1898, No. 10).

- **Orthoform in 2 Fällen von Herpes zoster** wandte Dr. Korn an und lernte die schmerzlindernde Wirkung des Mittels hiebei kennen. Beide Pat. waren ältere Frauen, bei denen breite Flächen der einen Körperhälfte (1 Mal Thorax, 1 Mal Abdomen) von der Affection eingenommen waren, unter heftigen neuralgischen Schmerzen (bei der einen Pat. war es durch Scheuern der Kleider auch zu ausgedehnten Excoriationen gekommen.) Orthoform, das eine Mal als Streupulver, das andere Mal als Salbe (10%) beseitigte überraschend schnell die Schmerzen. — Bei einem Fall von Prurigo (3jähriges Kind, Affection seit dem 1. Lebensjahr), wo alles Mögliche schon erfolglos geblieben und der Juckreiz so heftig war, dass Pat. und Eltern durch schlaflose Nächte bereits sehr heruntergekommen waren, wirkte Orthoformsalbe so eclatant, dass gleich die erste Nacht sehr gut verlief. Die Besserung hielt auch Stand.

(Die ärztl. Praxis 1898, No. 13).

- Oberstabsarzt Dr. Haberkorn (Hannover) rühmt die **schmerzlindernde Wirkung des Natr. bicarb. bei Hautverbrennungen**. Dieselbe ist eine sofortige und prompte. Man streut das Mittel dick auf und bedeckt mit dünner Watteschicht. Der Heilverlauf ist ein günstiger, auch ohne Wiederholung der Bestreuung (zur Blasenbildung kommt es bei prompter Hilfe nicht).

(Medico 1898, No. 30).

**Augenentzündungen.** Ueber **Blepharitis ciliaris** lässt sich Dr. R. Hilbert (Sensburg) aus. Die Worte Stellwag v. Carion's „Man kann wohl mit Recht behaupten, die Blepharitis ciliaris erfordere eine sorgfältige therapeutische Behandlung, soll sie sich nicht gar zu sehr in die Länge

ziehen und am Ende unheilbare und höchst missliche Folgen setzen“ sind durchaus richtig; die Affection ist durchaus nicht unschuldig: vernachlässigt, kann sie Madarosis, Tylosis, Trichiasis nebst Thränenträufeln und Hornhauttrübungen zur Folge haben. Blepharitis ciliaris ist zudem eine sehr häufige Erkrankung, da deren Ursachen, Unreinlichkeit, schlechte hygienische Verhältnisse, constitutionelle Krankheiten (Scrophulose, Rhachitis, Syphilis) ungemein verbreitet sind. Es giebt 2 Formen (vielleicht Stadien desselben Processes), eine secretorische und ulceröse. Bei der ersteren, der leichteren, keine besonders starke Schwellung des Lidrandes, sondern nur geringe Röthung desselben; Cilien von Epidermisschuppen an ihrem Grunde umgeben, oft in scheidenartiger Anordnung; dazwischen gelbliche Körnchen (vertrocknetes Secret der Meibom'schen Drüsen). Bei der ulcerösen Form Lidränder stark geröthet und geschwollen (zuweilen ödematös), Lidkanten abgerundet, Cilien büschelweise durch Schorf- oder Secretbildung mit einander verklebt, hin und wieder bemerkt man mit Eiter gefüllte Bläschen; entfernt man jene Borken, so findet man darunter Geschwüre, die einen mehr oder weniger grossen Substanzverlust gesetzt haben; ein Theil der Cilien wird dabei gleichzeitig mit den Borken entfernt, auch die in oder an den Pusteln befindlichen Cilien folgen leicht einem mässigen Zuge. Besteht dieser Zustand längere Zeit, so sieht man öfters lange, den Lidrand unterminirende Geschwüre, mit wie zernagten Rändern, event. strahlige Narben. Die Cilien sind dann gänzlich fort oder verkümmert und gegen den Bulbus gerichtet; die Hornhaut kann dann getrübt oder mit Ulcerationen bedeckt sein. Bei der Therapie muss man zunächst die Constitutionsanomalie berücksichtigen. Local genügt bei der 1. Form, Entfernung des Secrets und der Schuppen und Einreibung von Hydrarg. oxyd. flav. 0,1: Vaseline. 5,0 einmal täglich, indem nach 8—10 Tagen Heilung eintritt. Bei der 2. Form ist die gelbe Salbe in der Regel unwirksam. Nach Entfernung sämtlicher Borken und aller losen Cilien, nach Eröffnung eventueller Pusteln und nach gründlicher Reinigung des Lidrandes muss man hier 3—4 mal täglich folgende Salbe kräftig einreiben:



Rp.

*Hydrarg. bijodat. rubr. 0,1**Lanolin. 10,0*

M. f. ung.

(Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges 1898 No. 39.)

- Eine einfachere Behandlung, die vom Arzt selbst nur jeden 3.—4. Tag vorgenommen zu werden braucht, empfiehlt bei **Blepharitis ciliaris** Dr. v. Pflugk (Dresden). Nach gründlicher Reinigung der Lidränder und Entfernung aller kranken Cilien werden die Lidränder mit Wasser angefeuchtet und mit dem Lapis mitigat. energisch bestrichen. Die Conjunctivitis wird in ausgezeichneter Weise beeinflusst dadurch, dass man die milchige Flüssigkeit, welche durch Niederschlag des Argent. in den Thränen entsteht, einige Secunden durch Oeffnen der Lidspalte auf die Conjunctiva wirken lässt. Lidekzeme werden ebenfalls mit dem Lapis mitig. bestrichen. In der Zwischenzeit nur Entfernung des eintrocknenden Secrets mittels indifferenter Flüssigkeit. Bei Hornhautcomplicationen reichlich Atropin! Erfolg dieser Behandlung häufig fast zauberhaft.

(Ibidem, No. 42.)

- **Ichthyol** bei A. benützte mit bestem Erfolge Dr. M. Ebersson (Tarnów.) Pinselungen mit 50 % wässriger (mit etwas Zusatz von Glycerin) Lösung beseitigten sicher und rasch das Trachom und ist diese Behandlung besonders in der Kinderpraxis recht lobenswerth. Auch Bindehautkatarrh mit und ohne Complicationen seitens der Hornhaut gelangten bei Ichthyol (ebensfalls 30—50 %ige Lösungen, später 5—10 %ige Salbe) sehr rasch zur Heilung, endlich erwies sich Ichthyol als mächtiges Mittel zum Aufhellen von Narben der Cornea.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1898 No. 18.)

- **Airol** bei **Keratohypopyon** ist nach Dr. G. Bonivento sehr wirksam. Man stäubt das Pulver 1—2 Mal täglich ein, was schmerzlos ist und sehr bald Heilung herbeiführt

(Annali di ottalmologia 1898, No. 3. —

Wiener medic. Blätter 1898, No. 3.)



- **Xeroform bei Ulcus corneae** hat Dr. Marcinowski (Siegmar) mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel bewährte sich ebenso bei Verletzungen der Cornea (Eisensplitter, Verbrennungen etc.) welche ausgedehnte Substanzverluste zur Folge hatten; letztere heilten rasch ohne jede sichtbare Narbe.

(Therap. Monatshefte 1898, No. 7.)

- Ueber die **Beziehungen zwischen Nasen- und Augenerkrankungen** hielt Prof. Seifert (Würzburg) einen Vortrag, indem er zunächst auf die Häufigkeit der Dakryocystitis und Dakryocystoblennorrhoe bei Nasenaffectionen (atrophische Processe, Hyperplasie der unteren Muschel, Knickungen und Exostosen des Septums, auch adenoide Vegetationen) aufmerksam machte. Jene und andere Augenerkrankungen heilen viel rascher und sicherer, wenn man gleichzeitig die Nase behandelt, deren Erkrankung dem Pat. oft gar nicht zum Bewusstsein gekommen ist. Nasenaffectionen sind auch oft mit Conjunctivalerkrankung vergesellschaftet; namentlich gerne bei Kindern sind die verschiedenen Erkrankungen des Naseninnern, welche zu Ekzem der Naseneingänge führen, Veranlassung zu A. gleicher Art und letztere heilen erst ab, wenn der Primärherd in der Nase energisch angegriffen wird. Auch bei Erwachsenen aber geben nicht selten acute, subacute und chron. katarrhalische Rhinitiden, auch adenoide Vegetationen Veranlassung zu solchen A. Ferner fand Autor bei weitaus der Mehrzahl der Fälle von Ulcus corneae serpens eine Rhinitis atrophica foetida, von der aus zweifellos die Infection der Cornea erfolgt war. Sicher besteht auch ein Zusammenhang zwischen manchem Trachom und Erkrankung der Nase, und nicht selten erzeugt z. B. die Nasengranulose durch Fortkriechen des Processes in den Canalis nasolacrymalis eine secundäre Granulose des thränenableitenden Apparates und weiterhin der Lidbindehaut. Das Gleiche findet bei Lupus und Tuberculose statt und man findet z. B. sehr oft diese Processe im Thränennasencanal. Der tuberculöse Process pflegt meist am Margo infraorbitalis durchzubrechen,

entweder eine tuberculöse Ulceration oder eine von Granulationen umgebene Fistel zu machen oder einen von da über die Wange und Nase sich verbreitenden Lupus; sehr selten kommt es zu einer tuberculösen Infiltration der Lider und noch seltener der Conjunctiva bulbi. Die rhinologische Untersuchung ergibt tuberculöse resp. lupöse Granulationen vom Boden der Nasenhöhle auf die untere Muschel und wohl auch auf das Septum übergreifend, aber so, dass die nasale Mündung des Thränennasencanals in den specifischen Process mit hineinbezogen ist; in einzelnen Fällen sah Seifert ausserdem die innere Fläche der Nasenflügel und die mittlere Muschel mit Granulationen besetzt. Der Process findet sich in der Nase sowohl, als auch am Auge ein- oder doppelseitig. — Aber auch auf reflectorischem Wege können Affectionen der Nase Erscheinungen am Auge bedingen. Zwar sah Seifert nicht gleich anderen Pupillenveränderungen, Photophobie, Veränderungen der Accommodation, Strabismus, Gesichtsfeldeinengungen, Neuritis optica, Myopie, Asthenopie, Symptomencomplex des Morbus Basedowii, aber er verzeichnete öfters Thränenträufeln und Blepharospasmus, die von Rhinitis hyperplastica atrophica simplex et foetida, Polypen etc. ausgingen.

(V. Jahresversammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen, Mai 1898  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 Nr. 29.)

**Ekzem.** Dr. Hahn hat mittelst **Röntgenbestrahlung** bei **chronischem E.** ausgezeichnete Resultate erzielt. Fälle, die sonst jeder Therapie trotzten, heilten dabei (3—4 Wochen täglich 20 Minuten Bestrahlung) vollständig ab.

(Aerztl. Verein in Hamburg 12. Juli 1898.  
Münchener med. Wochenschrift 1898 Nr. 29.)

— **Naftalan** (s. Excerpta VII, S. 5) hat Dr. Rohleder (Köllmann's Poliklinik in Leipzig) als recht gutes Mittel für acutes E. (das stark entzündliche Stadium angenommen) schätzen gelernt, als noch vorzüglicheres freilich für chronisches E., namentlich Gewerbeekzeme, wo es ausgezeichnete Dienste leistete.

Das Präparat wurde messerrückendick aufgetragen (bei Pat., die ihrem Beruf nachgingen und das E. an freigetragenen Körperteilen hatten, natürlich nur Abends!), darüber ein reines Stück Leinen (und event. noch Guttapercha), dann Binde. Die Salbe (die nie ranzig wurde!) wird jedesmal einfach mechanisch mit Watte weggemacht, ehe neue applicirt wird. — Auch bei Psoriasis vulgar. ist Naftalan recht brauchbar (gute Wirkung, auch im Gesicht, da nie Reizerscheinungen sich zeigten, anwendbar, ebensowenig wie Intoxicationen sich je geltend machten!). Bei anderen Hautaffectionen (ebenso Geschlechtskrankheiten), wie Herpes tonsurans, Akne, Prurigo, Pityriasis, Ulcus molle, Ulcus durum, Blennorrhoe leistete das Mittel nichts.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 27 Nr. 3.)

- Bei der **Behandlung des Gesichtsekzems der Kinder** kommt es nach Dr. W. P. Kistler, der auf eine 30jährige Erfahrung sich stützt, auf Erfüllung von 3 Indicationen an: Elimination krankhafter Stoffwechselproducte, locale Beeinflussung, Aufbesserung der Ernährung. Autor giebt also Calomel (0,06—0,12 pro dosi, je nach Alter) 1—3 mal wöchentlich (je nach Bedarf) und applicirt local (Waschen mit Seife und Wasser so selten als möglich!):

Rp.

*Acid. salicyl. 2,0*

*Bismuth. subnitr. 40,0*

*Amyl. tritic. 15,0*

*Unguent. ros. 100,0*

S. dick auf Gaze gestrichen aufzulegen.

Ausserdem hygienisch-diätetische Massnahmen und Tonica (besonders Arsen mit Eisen).

(Med. Record 12. Februar 1898. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 Nr. 61.)

**Fracturen und Luxationen.** Zur Behandlung des **federnden Unterschenkels** schreibt Dr. Georg Müller (Berlin): Im Laufe der letzten Jahre hatte ich wiederholt Gelegenheit, nach geheilten Unterschenkelfracturen einen eigenthümlichen Zustand des Unterschenkels zu beobachten. Die Fractur war zu meist fest verheilt, der Callus mässig entwickelt und

wenig oder gar nicht schmerzhaft. Das Bein war nicht verkürzt, und die Deformität hielt sich stets in sehr mässigen Grenzen; und doch wurde von den Pat. übereinstimmend geklagt, sie könnten das Bein fast gar nicht gebrauchen, sie könnten nur mit Krücke und Stock gehen, „das Bein trüge sie nicht.“ Im Anfang schienen nur die starken subjectiven Beschwerden mit den geringen objectiven Erscheinungen in einem gewissen Widerspruch zu stehen. Die nunmehr regelmässig vorgenommene Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen ergab nun in diesen Fällen fast übereinstimmend eine Dislocatio der Tibiafragmente ad latus derart, dass dieselben nur mit einem Theil, etwa einem Drittel ihrer Bruchflächen sich berührten, während die übrigen zwei Drittel frei endigten. Der Callus hatte denn allerdings die so entstandenen Winkel etwas abgerundet, aber noch nicht ausgefüllt. Auf diese Weise war an der Bruchstelle die Dicke des Tibiaschaftes auf ein Drittel verschmächtigt, während die ad latus verschobenen Fragmente der Fibula gewöhnlich durch eine 1—1,5 cm. breite Callusbrücke mit einander vereinigt waren. Fasste man nun das proximale Fragment dicht über der Bruchstelle mit der einen Hand fest an und versuchte, den Fuss mit der andern erfassend, mit diesem resp. dem distalen Fragment seitliche Bewegungen auszuführen, so gelang es immer, eine bei einem gesunden Unterschenkel niemals zu findende Elasticität zu constatiren: das Fragment federte. Dieses Federn musste natürlich auch dann eintreten, wenn der Pat. beim Gehen, während das gesunde Bein am kranken Bein vorbeipendelte, die ganze Körperlast auf das kranke Bein verlegte. Dem Pat. musste dieses Federn ein Gefühl hervorrufen, als wollte das Bein an der Bruchstelle wieder einknicken, sodass er zu dem Schluss kam, das Bein trüge ihn nicht. De facto ist wohl kaum anzunehmen, dass, wenn der Pat. nicht ausserordentlich schwere Lasten trägt oder auf sehr unebenem Boden geht, das Bein an der Bruchstelle wieder einknickt, sodass die Unfähigkeit zu gehen und das Bein

nach Möglichkeit zu benützen, nur als eine psychische, von dem Gefühl des Federns dictirte Unfähigkeit aufzufassen ist. Ich habe deshalb in einer Anzahl von Fällen neben der üblichen Nachbehandlung der Unterschenkelfracturen dem Pat. eine Lederhülse mit Stahlschienen verordnet. Diese wurde genau wie die Hessing'schen Schienenhülsenapparate nach Gypsmodell aus plastischem Leder hergestellt. 2 seitliche Stahlschienen, welche oben und unten durch einen rückwärts liegenden Stahlbogen vereinigt sind, geben der Hülse noch grössere Festigkeit. Vorn wird eine doppelte Verschnürung angebracht, welche es ermöglicht, bei Zu- oder Abnahme der Wadenmuskulatur sich diesen veränderten Volumenverhältnissen zu accommodiren; denn wenn beim Tragen einer solchen Hülse nicht regelmässig Massage angewandt wird, so ist bald eine Volumenabnahme der Wadenmuskulatur zu constatiren. Dieser kleine Apparat, der von der Medicin.-polytechn. Union sehr leicht und elegant hergestellt wurde, gab den Pat. ein solches Gefühl der Sicherheit, dass sie zumeist sofort gut gehen konnten. Nach meiner Meinung ist die Wirkung des Apparats vorwiegend eine psychische, indem das lästige Gefühl des Federns wegfällt; in 2. Reihe unterstützt es aber zweifellos die Consolidirung des Bruches, welche dann vollendet ist, wenn die oben erwähnten Winkel durch feste Callusmassen ausgefüllt sind.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 Nr. 22.)

- **3 Querbrüche der Patella** zur Heilung gebracht — durch Auffrischung der Fracturenden mit dem Meissel und Anlegung von 2 Silbernahtdrähten — hat Meigs. Stets trat Prima intentio ein. Bei dem einen Fall war Pat. einige Zeit vorher in der gleichen Weise geheilt worden; bei der 2. Fractur fand man nach Eröffnung des Gelenkes eine, allerdings schwache, knöcherne Vereinigung der 1. Fractur (die Silberdrähte waren nahe dem Knochen gerissen).

(Boston medic. and surgical Journal, 13. Jan. 1898.  
Deutsche med. Wochenschrift 1898 Nr. 23 (Therap. Beilage Nr. 6).

- **Einen Fall von Absprengung des Kronenfortsatzes der Elle** beschreibt Dr. Herdtmann (chirurg.-mechan. Heilanstalt Cottbus). Pat. hatte sich die Verletzung am 13. October



1897 beim Graben von Meerrettig zugezogen, wobei er den Spaten ohne Zuhilfenahme der Füsse kräftig mit beiden Armen tief in die Erde hineinstiess. Er verspürte dabei plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Ellenbogengelenk und musste die Arbeit einstellen. Ein am 2. Tage darauf consultirter Arzt stellte starken Bluterguss ins linke Ellenbogengelenk, pralle Spannung und Schmerzhaftigkeit daselbst fest; der Arm war in diesem Gelenk zwar völlig zu beugen, aber nicht ganz zu strecken. Am 14. März 1898, also 5 Monate nach dem Unfall, Aufnahme. Linkes Ellenbogengelenk mässig geschwollen, Rinne, welche der inneren Grenze des zweiköpfigen Armbeugers entspricht, verstrichen; wenn man hier mit dem Finger einging, war ein haselnussgrosses, unter dem inneren Armbeuger liegendes Knochenstück zu palpieren, der abgebrochene Kronenfortsatz, den die Muskelfasern des inneren Armbeugers natürlich nach oben gezogen hatten. Hier war das Knochenstückchen jedoch auch verschieblich geblieben, und man konnte es z. B. nach aussen unter den zweiköpfigen Armbeuger schieben, was recht schmerzhaft war und die Beugung und Streckung noch mehr behinderte. Durch Drehungen des Vorderarmes um seine Längsachse, besonders durch die Drehung desselben bei gebeugtem Ellenbogen nach aussen, verschob Pat. das Knochenstückchen wieder ellenwärts. Aber auch der rechte Arm des Pat. bot diese Anomalie, auch hier blieb die Streckung hinter der Norm zurück. Pat. war in seiner Jugend auf diesen Arm gefallen und seit dieser Zeit konnte er diesen Ellenbogen nicht mehr ganz gerade machen. Bei genauerer Betastung fühlte man an der Streckseite des Ellenbogens unter der Haut ein kleines Knochenstückchen, die abgebrochene Spitze des äusseren Oberarmknorrens; meist zwischen Hakenfortsatz der Elle und Speichenköpfchen eingeklemmt, stellte es ein Hinderniss für die Streckung dar. Konnte also nicht auch linkerseits die Anomalie älteren Datums sein? Da solche Absprengungen meist mit Blutergüssen einhergehen, und ein solcher 2 Tage nach dem Unfall constatirt worden war, so war die An-



nahme berechtigt, dass der Abbruch des Kronenfortsatzes der linken Elle durch den übermäßig starken Druck der Rolle des Oberarmknochens bei der angegebenen Art des Spatengebrauchs zustande gekommen sei. Durch einen kleinen Eingriff konnte man das Knöchelchen entfernen. Pat. verweigerte dies; der Unfall in der Jugend hatte ihm Befreiung vom Militärdienst gebracht, der jetzige sollte eine Rente schaffen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1898 Nr. 6.)

**Furunkel.** Allgemeine Sepsis im Anschluss an einen F. des Naseneingangs beobachtete Dr. Lenzmann (Duisburg). Nach seiner Ansicht entstehen derartige F. des Naseneingangs meist dann, wenn die hier hervorwachsenden kleinen Haare ausgerissen und auf diese Weise den Infectionserregern die Pforten geöffnet werden. So war es auch hier, bei einer sehr kräftigen, gesunden Frau von 36 Jahren, bei der sich an der Stelle, wo die Härchen entfernt worden waren, in der vorderen Ecke des rechten Naseneingangs, ein F. entwickelt hatte. Umgebung dieser Stelle etwas geröthet und schmerzhaft. Verordnung: Warme Umschläge. Tags darauf Röthung etwas umfangreicher, starke brennende Schmerzen, Temp. 39°. Einschnitt in die inficirte Stelle bis auf den unterliegenden Knorpel; trübe, nicht eitrige Flüssigkeit. Trotzdem schritt die Röthung weiter und erreichte unter Fieber bis zu 39,4° die Stirngegend; Weichtheile hier teigig, und zwar am 4. Tage die ganze Stirn unter Temp. 38,7° und Puls 140. Unter Chloroformnarkose tiefe Einschnitte in die Stirn; trübe Flüssigkeit. Pat. wurde comatös, Puls kaum zählbar. Am 5. Tage unter immer mehr zunehmender Herzschwäche Exitus letalis. Im Furunkelinhalt und der Flüssigkeit der infiltrirten Theile reichlich Staphylokokken. -- Der Fall mahnt, auch bei einem sonst so unschuldigen Process vorsichtig in der Prognose zu sein. Wäre Pat. zu retten gewesen, wenn man von vornherein die Möglichkeit einer Allgemein-infection ins Auge gefasst hätte? Nein, man hätte da sofort ganz energisch einzugreifen, eine ra-

dicale Entfernung alles Entzündeten vornehmen, also die Nase amputiren müssen! Welcher Pat. hätte diese Verstümmelung bei einem F. zugelassen, welcher Arzt vorzunehmen gewagt?

(Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln, 17. April 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 25).

**Gewerbekrankheiten.** Ueber eine Berufsdermatose der Photographen macht Dr. L. Freund (Wien, Klinik Kaposi) Mittheilung. Er bekam einen 56jährigen Mann in Behandlung, der sonst nichts Krankhaftes aufwies, dagegen an den Händen mit einer eigenthümlichen Affection behaftet war. An sämmtlichen Fingern beider Hände zeigte die Haut der volaren, sowie auch zum Theil dorsalen Fläche eine diffuse, gleichmässige, dunkel nuancirte, bläuliche Röthung, welche unter Fingerdruck schwand; dem Gefühle nach war die Haut hart, schwer faltbar und etwas verdickt, sodass die Finger vergrössert erschienen, wiewohl die Knochen durchwegs normale Dimensionen hatten. Die Hautoberfläche glatt, glänzend, stellenweise fast glasartige Beschaffenheit, wie lackirt. Beide Hände kühl und trocken. Diese Veränderungen besonders an der Hohlhand (bis fast ans Handgelenk), am Handrücken weniger. An den Nägeln nichts Abnormes, ebenso Schweisssecretion an den Händen. Subjectiv angeblich zuerst Gefühl von Taubsein und Anästhesie, später Steifigkeit, Spannung, Jucken und Schmerzen. Das Bild erinnerte etwas an Pernionen und Erythromelalgie, zufällig kam dem Autor aber ein ähnliches Krankheitsbild in Erinnerung, das ihm vor einiger Zeit als ein beim photographischen Entwicklungsprocesse durch bestimmte Entwicklerflüssigkeiten hervorgerufenes geschildert worden war. Und in der That stellte es sich heraus, dass Pat. photographisch thätig sei und seit 6 Monaten seine Negative mit Metol entwickele, seit welcher Zeit auch sein Leiden bestehe, mit dem auch ein anderer bei ihm arbeitender Herr behaftet sei. Derselbe wies wirklich die gleiche Affection auf, aber nur an den ersten Phalangen der Finger. Das erklärte sich daraus, dass der Betreffende die Platten aus dem Metolbade mit einem Hornspatel

herausholte und die Platte dann nur mit den Fingerspitzen an den Rändern erfasste, während der I. Patient die Gewohnheit hatte, mit den Händen direct in die Tasse hineinzugreifen. — Nachdem so die Aufmerksamkeit auf die Sache gelenkt war, konnte Freund bei einfacher Umschau noch 9 Photographen finden, welche dasselbe Bild darboten, jenen eigenthümlich gesteigerten Hornhautprocess und die locale Asphyxie. Alle Patienten arbeiteten mit Metol (einem Sulfat des Methylparamidophenols!). Dasselbe erwies sich als rein, also Verunreinigungen waren nicht im Spiel, auch die dabei nöthigen Beimengungen von Soda oder Pottasche oder die Manipulationen im kalten Wasser oder im Fixirbade konnten nicht schuld sein an der Affection, da fast sämmtliche andere gebräuchlichen Entwickler in Mischung mit denselben Substanzen benützt werden und doch keiner der vielen mit diesen Compositionen arbeitenden Photographen von einer derartigen Dermatoze heimgesucht wurde (auch obige 2 Patienten arbeiteten früher mit andern Entwicklern ohne Schaden). Aber auch viele mit Metol Arbeitenden bleiben frei davon, wie es ja auch bei anderen Berufsdermatosen der Fall ist. Die beschriebene Dermatoze heilt bei Fernhaltung des Patienten vom schädlichen Agens binnen 2—3 Wochen spontan aus; event. ist die Heilung durch macerirende Mittel (Emplastr. domest., Ung. Diachyl.), später durch warme Handbäder zu beschleunigen. Prophylaktisch wäre es wünschenswerth, dass die Metolfabriken an den Gläsern eine Mahnung zur Vorsicht anbrächten. In Photographenkreisen wird zur Verhütung derartiger Dermatosen gerühmt, die angefeuchteten Finger nach dem Entwickeln und Fixiren mit Kochsalz abzureiben, dann mit frischem Wasser zu waschen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 27).

- Ein vesiculöses Exanthem bei Schneidern und Näherinnen hatte Dr. M. Stern (München) 1897 in 5 Fällen kurz hintereinander zu beobachten Gelegenheit. Mehrere betrafen Patienten, die in demselben Arbeitssaal arbeiteten. Bei allen begann das Exanthem, das stets nur aus Bläschen, die auf nicht gerötheter Haut emporschossen, bestand, auf der Streckseite der Hände und Vorderarme, von wo aus es sich auf verschiedene

andere Theile des Körpers weiter ausbreitete. Die Bläschen, die mit etwas seröser Flüssigkeit gefüllt waren, verschwanden unter Eintrocknen, um immer wieder neuen Platz zu machen; ein Platzen der Efflorescenzen und Nässen war nie zu constatiren. Die ersten Patienten, bei denen Autor über die Natur des Leidens sich nicht klar war, arbeiteten weiter: das Exanthem erwies sich als sehr hartnäckig, jede angewandte Therapie (auch eine antiscabiöse, die versucht wurde, obwohl jede Spur von Milbengängen fehlte) versagte, bis nach Monaten das Leiden allmählig schwand, nachdem die Unna'sche Carbolsublimatsalbe benützt worden war, die bekanntlich folgende Zusammensetzung hat:

Rp.

*Acid. carbolic. 2,0*

*Hydrarg. bichlorat. 0,1*

*Ung. Zink. 50,0*

M. f. ung.

Im 5. Falle, wo die Arbeit aufgegeben wurde, trat bald Besserung ein. Das Exanthem, das sehr stark juckte (besonders Nachts) konnte auch kein Ekzem sein, da jedes andere Stadium eines solchen fehlte und eben nur Bläschen zu constatiren waren. Mit der Beschäftigung musste es wohl zusammenhängen, da alle Angehörigen des Patienten freiblieben, während noch mehrere Arbeitsgenossen eine ähnliche Affection gehabt haben sollen. Ob bestimmte Webearten von Stoffen oder gewisse Farbstoffe der schuldige Theil waren, müsste erst weiter untersucht werden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 33.)

**Gonorrhö.** Ueber 2 cardinale Punkte bei der Behandlung der acuten G. lässt sich P. G. Unna (Hamburg) aus. Ein technischer Fehler in der Injections-therapie ist es, welcher letztere so oft versagen lässt, welcher die Schuld an vielen hartnäckigen und chronischen Trippern trägt. Es ist der, dass man die Pat. nur tägliche Injectionen ausführen lässt, während gerade in der Nachtsichschädigende Einflüsse häufen. Bei Tage urinirt der Pat. mehrmals täglich und reinigt damit seine Urethra so gut, wie es nur irgend eine Injection vermag; bei Nacht fällt dies weg. Bei Tage verbleibt die Urethra in einer nur mässig warmen Umhüllung, im

Bett wird sie erhitzt; sollte dies die Eiterung nicht gerade so anregen, wie etwa die Secretion eines nässenden Ekzems? Bei Tage wird die Blase zur richtigen Zeit entleert; bei Nacht stagnirt der Urin in der Blase und die höheren Anforderungen, welche die grössere Füllung an den Schliessmuskel stellt, irradiirt auf die benachbarten Muskelgruppen und führt zu Erectionen mit ihrem schädlichen Einfluss auf die G. So ist es natürlich, dass am Morgen der Zustand schlechter ist, als am Abend vorher, dass die Besserung wieder rückwärts geht, dass man mit der Behandlung nicht recht vorwärts kommt. Die Besserung wird sofort eine stetige, wenn der Pat. auch Nachts, etwa um 1—2 und 4—5 Uhr injicirt (Weckuhr!). Die ganze Verordnung heisst also für einen ganz frischen Tripper: 2stündlich, Tag und Nacht, injiciren. Diese Verordnung besteht so lange, bis Morgens kein Secrettropfen an der Mündung mehr vorhanden ist. Dann lautet sie für die nächste Woche: dreistündlich injiciren, Tag und Nacht! Bleibt alles dabei gut wie zuvor, so wird noch eine Woche vierstündlich, eine Woche fünfstündlich und eine Woche sechsstündlich injicirt, dann eine Woche acht-, eine Woche zwölfstündlich und eine Woche 1 Mal täglich (ist die G. von vornherein sehr mild, so beginne man gleich mit drei- oder vierstündl. Intervall!). Man wähle eine zweckmässige Injectionsflüssigkeit, wie

Rp.

*Zink. sulfocarbolic. 1,0*

*Resorcin. 4,0*

*Aq. fœnic. 200,0*

Dann wird schon Ende der ersten Woche kein Morgensecret mehr vorhanden sein (spätestens Ende der zweiten Woche!), bald werden sich die Pat. völlig wohl befinden und nur durch die Injectionen zweckmässiger Weise daran erinnert werden, dass sie noch Reconvalescenten sind. Also sofort mit den Injectionen beginnen und dieselben Tag und Nacht regelmässig ausführen, allmähig aus dieser Behandlung „ausschleichend“, das sind die 2 Cardinalpunkte der Injectionstherapie.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. XI No. 1.)



— San-Rath Dr. L. Fürst (Berlin) äussert sich in sehr günstiger Weise über die mit **Protargol bei weiblicher Gonorrhö erhaltenen Resultate**. Das zuerst von Neisser empfohlene Protargol ist für die Therapie der Gonorrhö als eine wahre Erlösung zu betrachten. Im ganzen hat Verf. 36 Fälle behandelt. Bei Cervical- bezw. Cervix-Uterus-Gonorrhö befolgt Verf. folgendes Verfahren: Die Behandlung wird am besten 4–5 Tage nach vollständigem Ablauf einer Menstruation begonnen. Nach sorgfältiger Desinfection der Vulva und des Vaginalrohres wird der Scheidentheil des Uterus gefasst und vorsichtig herabgezogen. Wo nöthig, Dilatation des Orificium extern., resp. intern. Präparatorische Reinigung der Uterushöhle mit sterilisirtem, lauem Wasser, daran anschliessend prolongirte Ausspülung mit lauer,  $\frac{1}{2}\%$  Protargollösung. Wenn diese reactionslos vertragen wird, Steigerung der Concentration auf  $1\%$ . Nach Entfernung der Spülflüssigkeit Einführung eines kurzen, conischen  $5\%$  Protargolschmelzbougies (Noffke) in die Cervixhöhle; Scheidenspülung mit  $10\%$  Protargollösung, Einführung eines  $10\%$  Protargol-Glycerin-Tampons. Bettruhe während der ersten Wochen. Mit der Concentration steigt man nach und nach bei den Lösungen auf  $2,5\%$ , bei den Schmelzbougies auf  $10\%$ . In der zweiten Behandlungswoche macht man die Protargolapplicationen nur noch einen um den anderen Tag und giebt an den Ruhetagen adstringirende Spülungen ( $2,5\%$  Bismuth. subnitric., aufgeschwemmt mit  $20\%$  Glycerin und  $80\%$  Wasser) und Einführung eines Noffke'schen Schmelzbougies von Boro-Phenol-Alumin ( $1\%$ ). Tamponade mit  $5\%$  Protargol-Glycerin-Tampon. In der dritten Woche nur noch Adstringentien. Nach Beendigung der eigentlichen Cur genügt es, wenn die Patientin sich selbst noch zweimal täglich eine Irrigation mit einer Lösung von Holzessig und Carbol macht und selbst einen Glycerin-Tampon einführt. Autor fasst seine Erfahrungen in folgenden Schlussätzen zusammen: 1. In der Behandlung der weiblichen Gonorrhö des Urogenitalgebietes, zumal in den acuten und subacuten Formen, ist das Protargol von entschiedenem Nutzen und von grösserem Vortheil, als die bisherigen Behandlungs-



methoden. 2. Bei streng systematischer Anwendung tilgt es in kürzester Zeit die specifischen Kokken, ohne zu reizen. 3. Bei Cervicalgonorrhö ist stets, aus prophylaktischen Gründen, die Protargolbehandlung auch auf die Uterinhöhle auszudehnen. 4. Eine gründliche, recidivfreie Heilung gonorrhöischer Processe ist nur in klinischer Behandlung unter Sicherung absoluter Ruhe und Abstinenz der betreffenden Theile durchführbar, dann aber in drei Wochen mit grosser Sicherheit zu erreichen. 5. Beim Bestehen einer Salpingitis gonorrhöica kann das Protargol die sonstige, speciell operative Behandlung nicht ersetzen. 6. Salpingitis gonorrhöica ist durch rechtzeitige Protargolbehandlung häufig zu verhüten.

(Therap. Monatshefte 1898 Nr. 4.)

- Die **Eisbehandlung der Epididymitis blennorrhöica** ist nach P. G. Unna (Hamburg) die beste und schnellste Therapie sowohl bei acuten, wie chronischen Formen, nur muss sie zweckmässig vorgenommen werden, wenn die Wirkung prompt sein soll. Es kommt nicht nur darauf an, sie energisch Tag und Nacht im Bett durchzuführen, sondern auch das wie? ist sehr wichtig. Der ganze Sinn der Eisbehandlung besteht in der Entfesselung der latenten Kraft der Tunica dartos zur Compression des Hodens und Nebenhodens und damit zur Resorption des Exsudats. Die Eisbehandlung reiht sich also den übrigen comprimirenden Behandlungsmethoden an, nur ist sie die naturgemässeste und am raschesten wirkende. Dazu muss aber auch die Tunica dartos durch das Eis zu einer permanenten maximalen Contraktur gezwungen werden, was man durch in Eis gekühlte Tücher, in Eis gekühltes Bleiwasser etc. nicht erreichen kann, wohl aber durch ein einfaches, aber allein zweckmässiges Verfahren, zu dem man nur täglich einige Pfund Eis, eine Eisblase,  $\frac{1}{2}$  m. wasserdichtes Zeug und ein Tonnenband nöthig hat. Meist versteht man zunächst gar nicht, Eis zu conserviren. Dazu ist es nöthig, dass das Schmelzwasser abfliessen kann. Man bindet also ein grobporiges Tuch trommelfellartig über einen Eimer, legt das Eis darauf und bedeckt es mit einem Stück Flanell oder wollenem Zeug; 2—3stündlich muss eine neue

Portion Eis für die Eisblase klein geklopft werden, Nachts und Tags über. Die Eisblase darf nur mässig und mit nicht zu kleinen Stücken gefüllt werden, da letztere zu rasch schmelzen; auch ist es gut, von Zeit zu Zeit das Schmelzwasser abzugliessen. Bei praller Füllung der Eisblase liegt dieselbe dem Hodensack nur mit einer kleinen Fläche an; ist sie dagegen halb gefüllt und genügend gross, so kann man den ganzen Hodensack in die Eisblase so hineinlagern, dass er ganz von Eis umgeben ist. Der Hoden selbst muss hoch liegen, oberhalb der Beine. Hierzu legt sich Pat. so auf ein gewöhnliches Handtuch, dass letzteres quer unter beiden Oberschenkeln durchgeht und über denselben zusammengeschlagen, straff angezogen und mit einer Sicherheitsnadel zusammengesteckt werden kann. Auf diese improvisirte Schwebe legt man nun zunächst ein Stück wasserdichtes Zeug und dann den Hodensack, den man nun allseitig mit der Eisblase umgiebt (zweckmässig und angenehm für den Pat., wenn auch nicht gerade nothwendig ist es, zwischen Hodensack und Eisblase eine dünne, in Bleiwasser getauchte Lage Watte oder Verbandmull einzuschieben, sodass der Hodensack beständig von eiskaltem Bleiwasser direct umgeben ist; der Vortheil liegt darin, dass jeder Punkt der gerunzelten Hautfläche besser mit der Kälte in Contact kommt und dass die Verdunstungskälte des Bleiwassers sich zur Abkühlung hinzuaddirt). Aber auch die Bettwärme ist fernzuhalten! Dazu bedarf es eines gewöhnlichen Tonnenbandes, welches mit den freien Enden in beide Bettseiten so eingesteckt wird, dass sein Scheitelpunkt über der Eisblase liegt (welche daran mittelst Bindfadens befestigt werden kann). Durch Befolgung dieser Methode gelingt es, selbst massige Exsudate zu beseitigen, ganz abgesehen davon, dass die Schmerzlinderung eine ganz eclatante ist und die Allgemeinsymptome rasch schwinden. Kann die Eisapplication bloss Nachts über geschehen, so reibe man des Tages mit Jodvasogen ein oder pinsele mit Ichthyolcollodium (10 %) und applicire Nachts das Eis.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1893 Bd. 27 Nr. 3.)

**Hysterie.** Spastische Parese mit Tremor waren die Symptome, die ein Pat., den Dr. Flockemann vor 3 Monaten vorstellte, darbot. Damals grobe Kraft im rechten

Bein bedeutend herabgesetzt (dabei keine Muskelatrophie), bei intendirten Bewegungen gerieth die ganze Extremität in einen kurzschlägigen Tremor unter äusserster Anspannung sämtlicher Muskeln, die reliefartig vorsprangen; der Gang war nur mit Anklammern an den Betten oder mit 2 Krücken möglich, wobei Pat. mit den Füßen etwas am Boden klebte, die Kniee gar nicht beugte (die Hüftgelenke nur wenig); daneben Sensibilitätsstörungen an der rechten unteren Extremität, hochgradige Einengung des Gesichtsfeldes, langdauernde, nervöse Diarrhoeen, Charakterveränderungen. Pat. wird jetzt wieder demonstrirt. Alle jene Symptome sind verschwunden. Diese Heilung erfolgte innerhalb weniger Tage dadurch, dass der Mann in einen anderen Pavillon mit einer ihm sehr unsympathischen Umgebung verlegt und schroffer behandelt wurde. Eine schwere Malaria war hier das auslösende Moment für die Entwicklung der H. gewesen.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 15. Juni 1898.  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 Nr. 25.)

- Ueber einen **Pseudotumor des Abdomens bei einem 12jährigen Mädchen** macht E. Walker Mittheilung. Pat., unentwickelt, aus neurotischer Familie stammend, aber bisher stets gesund, war in letzter Zeit innerhalb von 5 Wochen infolge von Diätfehlern 2mal an einem Magendarmkatarrh erkrankt, der indessen durch die üblichen Mittel bald beseitigt wurde. 1 Woche nach dem letzten Anfall stellten sich wiederum ähnliche Erscheinungen ein, und Autor glaubte, auch damit ebenso fertig werden zu können. Indessen verschlimmerte sich der Zustand mehr und mehr, Schmerzen und Erbrechen wurden heftiger, der Meteorismus nahm zu, und die Obstipation konnte weder durch innere Mittel, noch durch Klystiere behoben werden. Das Bild machte ganz den Eindruck einer acuten Darmstenose. Bei der Untersuchung per rectum fand sich im Becken ein Tumor von der Grösse und Gestalt eines im 4. Monat graviden Uterus, der bei der bimanuellen Palpation vom Abdomen aus sich deutlicher markirte. Da alle anderen Möglichkeiten (gravider Uterus, Uterus mit



retinirtem Menstrualblut, Faecalanhäufung in der Flexura sigmoidea, ungewöhnlich gestaltete Appendicitis, Neoplasma des Uterus oder der Blase, verlagerte Niere) ausgeschlossen werden konnten, musste es sich um einen Pseudotumor auf neurotischer oder hysterischer Basis handeln. Autor verordnete Asa foetida (3 stündl. 0,3). Schon am nächsten Morgen Tumor weg, die sonstigen Beschwerden erheblich besser. Nach 3 Tagen, unter 3mal täglicher Verabfolgung des Mittels, Befinden ganz normal. — Autor glaubt an eine Fixation der Bauchcontenta durch spasmodische Action der benachbarten Muskeln, letztere bei dem hereditär belasteten Mädchen hervorgerufen durch Suggestion (Pat. hatte vorher sich vielfach über Menstruation, Ausbleiben derselben bei Gravidität und dgl. unterhalten!); unterstützend wirkten wohl die vorausgegangenen Verdauungsstörungen. In solchen Fällen kann leicht eine Laparotomie unnöthig gemacht werden. Daher event. vorher stets Untersuchung in Narkose!

(New York med. Journ. 12. April 1898.  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 Nr. 57.)

**Nephritis.** Zur Therapie der Scharlachnephritis berichtet Dr. M. Hurwitz (Memel) über einen 7jährigen, an Scharlach erkrankten Knaben, bei dem sich starke Nephritis mit sehr beträchtlichen Oedemen (untere Extremitäten, Scrotum, Penis) und erheblichem Ascites entwickelten. Purgantien, Diuretica, Bäder mit Einwickelungen und Schwitzen resultatlos. Nachdem das Leiden mehrere Wochen unverändert bestanden, nahm Autor einen Aderlass vor (etwa 1 Tassenkopf), worauf schon Tags darauf die Oedeme schwanden und bald vollkommene Heilung eintrat.

(Therap. Beilage Nr. 6 der Deutschen medic. Wochenschrift 1898.)

— **Dermatoses albuminuricae** sind nach Dr. L. Merk (Graz) ganz bestimmte Hautaffectionen, die im Zusammenhang mit Albuminurie, insbesondere derjenigen bei chronischer N. (aber auch bei nichtcompensirten Herzfehlern) zur Beobachtung gelangen. Es ist dies eine bestimmte Art von Ekzem, das Ekzema albuminuricum (meist streng umschrieben, papulös, chronisch, an den Unterschenkel, selten an anderen

Körperstellen localisirt, intensiv juckend, der Therapie hartnäckig widerstehend; kann spontan unter Hinterlassung von Pigmentationen heilen); der Pruritus albuminuricus (bei weitem häufiger, meist universell, im Uebrigen sich in nichts von Pruritus diabeticus, gravidarum etc. unterscheidend); die Urticaria albuminurica (fast ebenso häufig, meist Vorläufer des vorigen) und das Erythema albuminuricum (viel seltener); auch die Purpura rheumatica gehört dazu, die stets von nachweisbarer N. begleitet ist.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1898 Bd. 43/44.)

**Pneumonie.** Einen eclatanten Fall von Contusionspneumonie publicirt Dr. E. Bloch (Nürnberg). Ein 41 jähriger, stets gesunder Mann litt gerade an Bronchitis, als er ausglitt und so unglücklich mit seiner rechten hinteren Brustseite auf einen hohen Eckstein stürzte, dass er keinen Athem bekam, sich nicht erheben konnte und mittelst Wagens heimgeschafft werden musste. Zu constatiren war eine Contusion der rechten hinteren Rippengegend, keine Dämpfung, auscultatorisch die Zeichen der Bronchitis, kein Fieber. Tags darauf aber 39° Fieber, heftige Schmerzen RHU, ausgedehntes Reibegeräusch nebst crepitirenden trockenen Rasselgeräuschen, also die Zeichen beginnender Pleuritis und croupöser P. Am 1. April fand Autor (der Unfall war am 24. März geschehen) das Bild ausgesprochener P. vor: Fieber 39,5°, Dämpfung RHU, Pectoralfremitus verstärkt, lautes bronchiales Athmen in Bereich des rechten Unterlappens, rubiginöses Sputum. Krisis 2./3. April. Dann RHU Pleuritis mit ca. 2 Finger breitem Exsudat. Heilung. — Der Fall lag ganz klar. Abgesehen von dem Fehlen des initialen Schüttelfrostes (ein solcher wird öfters bei traumatischer P. vermisst!) typische P. gerade an der Stelle des Traumas und unmittelbar nach letzterem. Hier ist wohl kaum ein Zufall anzunehmen! Das Trauma war ein sehr heftiges, da Pat. Anfangs gar nicht athmen konnte und collabirte. Trotzdem wohl kaum primäre Zerreißung von Lungengewebe anzunehmen (kein Blutauswurf post traumal), sondern nur Quetschung des Gewebes (vielleicht mit einem kleinen Bluterguss



in die Pleurahöhle). Der Pneumococcus findet sich bekanntlich auch im Munde und in der Nase Gesunder; obiger Patient war nach dem Unfalle bewusstlos, sodass leicht infolge herabgesetzter Reflexerregbarkeit bakterienhaltige Flüssigkeit oder Staubtheilchen aus Mund oder Nase in die Bronchien fliessen konnten, wo sie in dem gequetschten Gewebe deletär wirkten (oder Patient beherbergte schon in seinen, ja infolge des Katarrhs nicht intacten Bronchien Pneumokokken, die nunmehr nach dem Trauma hier einen geeigneten Nährboden fanden).

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 30.)

**Syphilis.** Als sehr einfache und wirksame Therapie empfiehlt Regimentsarzt Dr. Fischer (Cattaro) die **interne Anwendung des Calomel** in Pulverform, die sich ihm in mehreren Fällen sehr bewährt hat. In einem Falle, wo seit 5 Jahren unausgesetzt Psoriasis palmarum bestand und weder Inunctionseuren noch Sublimatinjectionen wick, verschwanden die Papeln nach 40 Pulvern à 0,2 und sind bis jetzt (1 Jahr) nicht recidivirt; ein 2. Fall von hochgradiger Psoriasis palmarum heilte gleichfalls ab und blieb bisher (5 Monate) recidivfrei. Man giebt täglich 3 Mal 1 Pulver von 0,2 Calomel unter sorgfältigster Mundpflege (Diarrhoeen keine Contraindication für den Weitergebrauch; falls sie sehr profus, Opiumzusatz!). Nach 12 Pulvern tritt gewöhnlich, falls es sich um S. handelt, trotz Mundpflege Stomatitis ein (differentialdiagnostisch wichtig, da bei Nichtsyphilitikern sie gewöhnlich fehlt!); diese ist jetzt erst zu behandeln (Jodtinctur, Gargarismen), worauf Calomel weiter gegeben wird, bis zu 20 Pulvern. Nach 1 Woche Intervall nochmals eine Tour von 20 Pulvern und dann noch eine dritte.

(Wiener medic. Blätter 1898 No. 31.)

— **Unguent. Hydrarg. ciner. innerlich gegen S.** mit bestem Erfolge bei 50 Patienten angewendet hat Dr. L. Silberstein (Hamburg), einer Anregung Anuschat's folgend, der 1896 das durch Fett abgetödtete Hg in Pillenform als beste Cur gegen S. empfahl, davon ausgehend, dass dies mittelst Fett abgetödtete Hg vermöge der Emulsionskraft der Galle so fein vertheilt

wird, dass es, vom Darm resorbirt, in die Blutbahn gelangt und hier in Dampfform seine Wirkung äussert (um die Emulsion erfolgreich zu gestalten, muss Patient grosse Mengen Fett geniessen!). Silberstein überzeugte sich davon, dass diese Cur an Effect der unsauberen und umständlichen Inunctionseur durchaus ebenbürtig ist, da alle Erscheinungen der S. prompt verschwanden. Autor ordinirte:

**Rp.**  
*Unguent. Lanolin.*  
*Hydrarg. ciner. 4,5*  
*Pulv. rad. Liquir. 5,0*  
*Glycerin. gtt. V.*  
*Mucil. Gummi mim. q. s.*  
*ut f. pill. No. 60.*

S. 2 Mal täglich 2 Pillen.

Nach Verbrauch dieser Pillen 8—14 Tage Pause, dann Wiederholung. Während der Cur sehr fettreiche Kost (Butter, fetter Schinken, fettes Fleisch, Speck, Sardinen in Oel u. s. w.), sorgfältige Mundpflege, bei Ausbleiben von Stuhl sofort Ol. Ricini. So verfahren vermied Autor alle üblen Erscheinungen. Locale Therapie natürlich ebenfalls nicht zu vernachlässigen!

(Therap. Monatshefte 1898 No. 7.)

- **Ein Beispiel von S. d'emblée** (S. ohne jeden Initial-affect) führt Dr. J. Müller an: 2 Gesellen übten am 2. November 1896 mit demselben Mädchen sexuellen Verkehr. Beide stellten sich 4 Tage später vor; Erster zeigte acute Gonorrhö (Gonokokken), Zweiter erwies sich als gesund. Letzterer kam aber aus Angst noch wiederholt in den nächsten Tagen, wurde eingehend untersucht, mit stets negativem Erfolg. Erster bekommt nach 10 Tagen ein verdächtiges Ulcus auf der Glans, das nach 12 Tagen charakteristisch indurirt erscheint. Zweiter zeigt noch immer nichts Pathologisches. Erster zeigt indolente Bubonen, später auch Exanthem. Da Anfangs Januar bekommt plötzlich Zweiter links geschwollene Leisten-drüsen (ohne Veränderung des Lymphgefässes des Dorsum penis, ohne irgend welche Wunde an der unteren Extremität, ohne Spur eines Primäraffects!), nach 4 Tagen auch

rechts (und überhaupt Adenitis universalis). Anfang Februar maculöses Exanthem, Angina, Condylomata lata. — Autor erklärt derartige Fälle so, dass während des Coitus eine makroskopisch nicht wahrnehmbare Läsion der Haut oder Schleimhaut mit directer Eröffnung einer Lymphbahn stattgefunden hat, dass das Syphilisgift vom Lymphstrom aufgenommen und bis zu den nächsten Lymphdrüsen fortgeschleppt ist, ohne dass an der Eintrittsstelle Syphilisvirus liegen blieb. Analog den Fällen von „kryptogener Septikopyämie“ möchte Autor von „kryptogener Syphilis“ reden.

(Dermatolog. Zeitschrift 1898 Bd. V, Heft 2.)

- Ueber die **gegenseitige Beeinflussung von S. und Tuberculose** spricht Borst. Es giebt Fälle, in welchen das pathologisch-anatomische Product ein Mischgebilde von beiden Processen darstellt, in der Weise, dass das tuberculöse Granulom, insbesondere der Miliartuberkel, durch die hinzutretene Lues in seiner Entwicklung beeinflusst und als fertiges Gebilde von einerluetischen Schwielenbildung eingekapselt wird, also eine Art Heilwirkung der S. auf die Tuberculose. — Autor demonstrirt Präparate, 3 tuberculöse Lungen von erwachsenen Syphilitikern und die Leber eines 11 Wochen alten Kindes, in welchen sich in besonders charakteristischer Weise miliare Tuberkelknötchen mitluetischer Schwielenbildung combiniren. Ueberall ist eine fibröse Metamorphose der tuberculösen Producte zu constatiren. In den Lungen sämtliche Tuberkel in faseriger Organisation begriffen, die Cavernen von schwieligen, zahlreiche Gummata und fibröse Tuberkel einschliessendem Gewebe umhüllt; grössere Käseknoten mit dichten concentrischen Bindegewebsringen versehen, welch' letztere strahlig in die Umgebung übergriffen. An der kindlichen Leber die miliaren, Tuberkelbacillen enthaltenden, Knötchen in grossen Mengen in umfangreiche syphilitische Narben eingebettet, an der Peripherie kräftige fibroplastische Wucherung, die ihre Abkömmlinge in die centralen Verkäsungsbezirke hineinsendet. Auch klinisch lässt sich nicht selten beim

Hinzukommen einer syphilitischen Infection zur bestehenden Tuberculose eine Heilwirkung der S. auf letztere constatiren.

(Physikalisch-medie. Gesellschaft zu Würzburg, 7. Juli 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 32.)

**•Ulcus cruris.** Docent Dr. O. Beuttner (Genf) hat das **Xeroform** sehr schätzen gelernt, indem die Heilerfolge durchgehends vorzügliche waren. Eine gründliche Desinfection des Ulcus, sei es mit Sublimat (1:1000), sei es durch heisse Compressen (event. noch mit Zuhilfenahme reizender Substanzen, wie Vin. camphor., Aqua phagedaenic. etc.), muss vorausgehen (da Xeroform mit der reinen Fläche in Contact kommen muss, um seine guten Eigenschaften, so die ausgesprochen desinficirende und schmerzstillende, zu entfalten), dane wird das U. mit einer dicken Schicht Xeroform bedeckt (desgleichen die bläulich verfärbte Umgebung, welche dadurch ebenfalls entschieden günstig beeinflusst wird), darüber kommt Watte in dünner Lage und endlich ein Zinkleimverband. Es tritt rasch Heilung ein, die meist von Dauer ist.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898 Nr. 14.)

— Die **Behandlung mittelst feuchter Verbände mit Burow'scher Lösung** empfiehlt warm Dr. Julian Marcuse (Mannheim). Der sonst vorzügliche Unna'sche Zinkleimverband versagt oder ist unangebracht bei einem U. von grosser Ausdehnung mit starker Secretion und eingeschmolzenen Gewebsfetzen, sowie bei einem U. von callösem, torpidem Charakter mit scharf abgeschnittenen, verhärteten Rändern. Bei derartigen grossen, vernachlässigten Geschwüren hat Autor nun in 46 Fällen eclatante Erfolge mit Burow'scher Lösung erzielt, die in der Cassenpraxis so verschrieben wird:

Rp.

*Alum. 10,0*

*Plumb. acet. 50,0*

D. S. In 1 Liter Wasser aufzulösen.

Mit dieser Lösung (gut aufschütteln! da leicht Niederschlag) werden Streifen von hydrophiler Watte, in 3—4 Lagen zusammengefaltet, getränkt, mässig ausgedrückt



und aufs Geschwür gelegt, worauf das Ganze bis weit über die Grenzen des U. hinaus mit Gazecompressen bedeckt wird, die ebenfalls in die Lösung getaucht sind; darüber Guttaperchapapier und Mullbinde. Häufiger Wechsel! Bettruhe sehr gut, aber nicht unbedingt zur Heilung erforderlich, die selbst bei sehr grossen Geschwüren zustande kommt.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 Nr. 63.)

— Die **Trendelenburg'sche Operation** empfiehlt Prof. A. Zeller aufs Wärmste, als einzige Methode, durch die rasch und sicher ein U. zur Heilung gebracht, d. h. radical beseitigt werden kann. Trendelenburg kam zu seiner Methode — Unterbindung der Vena saphena magna — durch folgende Erwägungen: Von grösster Bedeutung für die Varicen ist die Insufficienz der Klappen des Saphenastammes, die schon bei verhältnissmässig geringfügiger Erweiterung des Venenlumens zustande kommt. Die V. cava, V. iliaca und der Stamm der V. femoralis dicht unterhalb des Poupart'schen Bandes haben bekanntlich überhaupt keine Klappen. Sobald also die Klappen des Stammes der Saphena insufficient geworden sind, findet kein Klappenverschluss mehr statt von den Unterschenkelvaricen bis zum rechten Herzen. Die V. cava, iliaca, der oberste Theil der Femoralis und die Saphena mit ihren Aesten bilden ein einziges, weites Rohrsystem, dessen Inhalt im Wesentlichen nur der Schwere folgt. Das zeigt sich leicht bei folgendem Experiment: Man legt den Pat. flach hin und erhebt das Bein bis zur Senkrechten, sodass alles Blut aus dem Gebiet der Saphena abfließt. Comprimirt man nun den Stamm der Saphena an einer Stelle mit dem Finger und lässt den Pat., ohne dass der comprimirende Finger die Saphena verlässt, vom Lager heruntersteigen, so bleibt zunächst auch im Stehen das ganze Stromgebiet der Saphena leer. Erst nach  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Minute füllt es sich ein wenig mit Blut. Sobald man aber den comprimirenden Finger wegzieht, schiesst eine grössere Menge Blut von oben her in die Saphena ein und die Varicen sind wieder prall gefüllt. Das Blut, welches das Gebiet der varicösen Saphena füllt, stammt also zum kleineren Theil aus den Capillaren, zum grösseren Theil ist es aus der V. iliaca zurückgeflossen. Aus diesem Grund sind auch die Blutungen aus geplatzten Varices so profus und gefährlich. Dieser abnorme Druck setzt sich bis in die



kleinsten Venen fort und stört auch die Circulation in den Capillaren, und so kommt es zu Oedemen und zu einer Ernährungsstörung der Haut, welche es verhindert, dass bei kleinen Verletzungen die Heilung erfolgt, ein entstehendes U. zuheilt; letzteres geschieht erst, wenn Pat. sich ins Bett legt und so die Gewebe vom Druck der Blutsäule entlastet. Trendelenburg suchte also, durch dauernden Verschluss der Saphena an einer Stelle das Blut an dem Zurückfliessen von der V. iliaca durch die Saphena in die Varicen zu verhindern und diese von dem abnormen Druck zu befreien, der auf ihnen lastet. Und dies gelang ihm ausgezeichnet. Er und die nach ihm operirten, sind darüber einig, dass der Erfolg der Unterbindung in den Fällen, in denen der oben erwähnte Compressionsversuch gelingt, niemals ausbleibt, sondern oft überraschend ist, indem das U. schneller als bei jeder anderen Therapie zuheilt, die Varicen kleiner werden, die Neigung zur Ulceration nahezu verschwindet. Auch Zeller kann dies an seinem operirten Material (60 Unterbindungen bei 49 Pat. im Alter von 19 bis 62 Jahren) durchaus bestätigen. Die Technik ist sehr einfach, die Operation ist in 5 Minuten gemacht und kann von jedem prakt. Arzt geleistet werden. Sehr gut eignet sich die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie dazu, unter der man absolut schmerzlos operirt. Der Eingriff ist sehr einfach, wenn man bloss die Fälle, die Trendelenburg im Auge hatte, operirt, wo der Stamm der Saphena selbst erweitert ist, die Vene durch die Haut durchschimmert (letztere ist oft im Verlauf der Vene braun pigmentirt); man legt einfach das Gefäss durch eine Incision frei, isolirt es und durchschneidet es zwischen 2 Ligaturen. Zeller operirte aber auch bei nicht sichtbarer Vene. Meist ist diese durch reichlichen Panniculus bedeckt, und es macht einige Schwierigkeiten, sie zu finden (statt des Längsschnittes kann man einen Querschnitt machen, um die Vene unter spitzem Winkel zu treffen und so leichter zu finden). Um die Regeneration der Vene und damit eine Rückkehr der Beschwerden zu vermeiden, empfiehlt es sich, sie in etwas grösserer Länge

aus der Wunde vorzuziehen und 1 bis mehrere cm. zu reseciren. Zeller operirte meist an der typischen Stelle (handbreit über dem Condyl. intern.), einige Male aber auch oberhalb, selbst an der Einmündungsstelle der Saphena in die V. femoral. (hier vielleicht die beste Stelle, da man sicher ist, auch wirklich den Stamm, frei von Collateralen, zu treffen). Zur Bedeckung der Wunde Bruns'sche Airolpaste genügend, dick darübergestrichen (Verbände zu leicht verschiebbar!). Heilung meist per primam (nur bei Quetschung grösserer Fettmassen etwas Eiterung!), keine üblen Zufälle (ausser 3mal unbedeutende Thrombose). Die Operation hatte meist eclatanten Erfolg, nur ganz verschwindend Misserfolg. Das U. in der Regel nach 8 Tagen geheilt, handtellergrösse in 14, und zwar in der Regel dauernd, obwohl Pat. dauernd stehend zu arbeiten hatten, Schwangerschaften durchmachten u. s. w. Die Varicen selbst verschwanden nicht, wurden aber meist kleiner; jedenfalls aber waren die Pat. nicht nur von ihrem U., sondern auch von allen varicösen Beschwerden befreit.

(Medicin. Correspondenzblatt  
des Württemb. ärztl. Landesvereins 1898 Nr. 29.)

**Ulcus molle.** Ueber 2 Fälle von *Ulcerata mollia* der Urethral Schleimhaut berichtete Dr. M. Müller. In beiden handelte es sich um eine im Anschluss an einen verdächtigen Coitus entstandene acute eitrige Urethralsecretion, die klinisch genau das Bild einer Gonorrhoe darbot, während die mikroskopische Untersuchung des entleerten Secretes Gonokokken vermissen liess. Da nach der Anamnese auch eine etwaige Exacerbation einer alten chron. Urethritis ausgeschlossen werden konnte, so lag der Verdacht nahe, dass es sich um U. der Urethral Schleimhaut handle. Und dieser Verdacht wurde beide Male dadurch bestätigt, dass die von Dutrey als Erreger des U. beschriebenen und jetzt fast allgemein als solche anerkannten Bacillen im Secret nachgewiesen werden konnten. Durch Jodoformstäbchen beide Male rasch Heilung. Der Fall zeigt wieder die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung bei Urethralaffectionen. — Czajlewski hat einige Male chemische Urethritis (ohne nachweisbare Bakterien) bei jungen Leuten nach

Waschung des Penis mit Sublimat- und Carbol-lösungen post coitum gesehen. Statt des Jodoforms empfiehlt er für U. das Calomel subtil. pulver.

(Allgem. ärztl. Verein zu Köln, 23. März 1898.  
Münchener med. Wochenschrift 1898 Nr. 31.)

— Die **Behandlung des U. mit Hitzebestrahlung** empfiehlt warm Dr. R. Krösing (Stettin). Diese von Welander zuerst eingeführte Therapie hat dann Andry sehr vereinfacht, der sich eines glühenden Thermokauters bediente, welch' letzterer jedoch nicht das U. berühren durfte, sondern 1—4 mm von demselben entfernt gehalten wurde, sodass Contactwirkung und Verschorfung vermieden und das U. nur par distance durch die ausstrahlende Hitze aseptisch gemacht wurde. Die Dauer der Hitzeapplication betrug 10—15 Secunden. Vorherige Reinigung (event. Auskratzung) nöthig, damit die Hitze möglichst in die Tiefe wirken und die Krankheitserreger daselbst treffen konnte. Krösing wandte nun die gleiche Methode an, nur dass er einen Galvano-kauter benützte, armirt mit nadel-, knopf- oder spatelförmigem Glühkörper, je nach dem Umfang des U.; Rothgluth ausreichend. Meist einmalige Application genügend. Besonders die Ränder bei der Ausglühung zu berücksichtigen, da hier die Bakterien am reichlichsten (doch die intacte Umgebung nicht mit bestrahlen!). Nachbehandlung: Bestreuen mit Nosophen, Euophen oder Aiol. So 40 Fälle behandelt. Durchschnittliche Heilungsdauer 21 Tage bis zur vollendeten Vernarbung. 28 Mal nur einmalige Application nöthig, 8 Mal musste die Bestrahlung zweifach, 3 Mal dreifach, 1 Mal vierfach geschehen. Solche Wiederholungen vermeidet man am besten, wenn man nicht unter 15 Secunden die Wärme einwirken lässt und dieselbe auch an den Rändern energisch anwendet. Von den Patienten hatten am Anfang der Behandlung 15 schmerzhaftes Inguinalbubonen (3 doppelseitig); 14 Mal heilten diese unter Hg- oder Jodolpflaster, Jodvasogen- oder Ung. ciner. Einreibung ohne Eiterung, was wohl auch zum Theil der Vernichtung des Virus im U. durch die Hitzebestrahlung zu danken ist.

(Archiv f. Dermatologie und Syphilis 1898, Bd. 43—44.)



## Vermischtes.

- **Orexin. tannic. als Stomachicum** bewährte sich, wie Dr. J. Bodenstein (Stainach) mittheilt, vor allem in der Kinderpraxis, wo bei Anaemie, Chlorose Scrophulose, in der Reconvalescenz schwerer Krankheiten u. s. w. der darniederliegende Appetit, oft durch andere Maassnahmen nicht zu beeinflussen, sich bei Darreichung von Orexintannat (hier Chocoladentabletten sehr beliebt!) ausserordentlich rasch hob. Auch bei Erwachsenen waren die Resultate sehr befriedigend, so besonders bei Tuberculose, in der Reconvalescenz nach croupöser Pneumonie und Influenza, bei Anaemie und Chlorose, bei Magenneuosen, Atonie des Magens, endlich bei Hyperemesis gravidarum.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 26.)

- Das **Extract. thymi saccharat.** („Pertussin“) des Apothekers Täschner (Berlin) hat Prof. Dr. E. Fischer (Strassburg i. E.) mit grossem Erfolg angewandt, zunächst bei Pertussis (dagegen soll das Mittel ein Specificum sein). Seine sämtlichen 5 Kinder (10  $\frac{1}{2}$  Jahre bis 10 Monate) erkrankten daran und erhielten zunächst Tussol, das aber ohne Erfolg blieb. Da griff Autor zum Pertussin (fertig zum Gebrauch in Flaschen zu 200 gr als bräunliche, syrupöse, aromatisch riechende Flüssigkeit), das die Kinder gern nahmen (das jüngste und 2jährige zu 4 Mal täglich 1 Kaffeelöffel, das 3jährige 4 Mal  $\frac{1}{2}$  Esslöffel, das 6 und 10  $\frac{1}{4}$  jährige 4 Mal  $\frac{3}{4}$  Esslöffel). Das Mittel wirkte eclatant (die Anfälle wurden bald ganz mild, das Blauwerden und die drohende Erstickung verschwanden). Auch bei einem erwachsenen Patienten die gleiche Wirkung (3—4 Mal täglich 1 Esslöffel). Aber ein Specificum gegen Keuchhusten ist es nicht. Dann auch

bei anderen Affectionen, bei denen es Autor dann vielfach versuchte, wirkte es vortrefflich. So bei acuten und chronischen Katarrhen des Kehlkopfes und der Bronchien, bei Emphysem hatte es eine so frappante krampfmildernde und schleimlösende Wirkung, dass die Expectoration sehr rasch leichter wurde, die Athembeschwerden, Hustenanfälle etc. auffallend gebessert und Wohlbefinden erzeugt wurde. Autor empfiehlt infolgedessen, nach Narkosen bei Emphysematikern, wo ja oft bedenkliche Spätererscheinungen (Bronchitis, Pneumonie) folgen, prophylaktisch sofort das Mittel darzureichen, ferner dasselbe auch bei Pneumonie im Stadium der Lysis, endlich bei Croup und Diphtherie zur leichteren Abstossung der Membranen (neben Serum) zu benützen.

(Therap. Beilage No. 7 zur Deutsch. med. Wochenschrift 1896.)

- Das 6%ige Jodvasogen hat Friedländer in 132 Fällen angewandt (81 äusserlich, 51 innerlich), und zwar bei gonorrhöischer Epididymitis 2 Mal mit gutem Erfolge, bei rheumatischen Schmerzen 19 Mal, darunter 3 Mal ohne, 3 Mal mit zweifelhaftem, 13 Mal mit gutem Nutzen, bei Ischias 1 Mal (zugleich innerlich) mit gutem Erfolg, bei Intercostalneuralgie 3 Mal mit gutem Erfolg, bei Drüsenschwellungen 6 Mal, darunter 5 Mal mit Erfolg, 1 Mal bei Bubo inguinalis ohne Erfolg, 1 Mal bei Keuchhusten ohne Erfolg, 5 Mal bei scrophulösem Ekzem der Kinder mit ausgezeichnetem Erfolge (bei gleichzeitig innerlicher Anwendung dauernder Erfolg!); in 3 Fällen von Ekzema capitis versagte es ganz (Heilung durch Salicylzinkpaste!); eine inficirte Risswunde mit dick geschwellenen und gerötheten Rändern wurde durch Jodvasogenverband in einigen Tagen geheilt, 3 nicht spezifische Ulcera cruris, von denen das eine aller Therapie  $\frac{1}{2}$  Jahr widerstanden hatte, heilte ebenfalls in sehr kurzer Zeit; guter Erfolg ferner bei 2 Fällen von Schleimbeutelentzündung des Kniees und 4 Verstauchungen; erfolglos war das Mittel 1 Mal bei Plattfusssschmerzen, 2 Mal bei Sehnenscheidenentzündung und 3 Mal bei chron. Gelenkrheumatismus; ausgezeichnet wirkte es als Ein-



reibung des Zahnfleisches bei 2 Fällen von Periostitis alveolaris (bald Verschwinden der Schwellung und Schmerzen unter Festwerden der gelockerten Zähne); versucht wurde das Mittel noch 2 Mal bei leichten Ulcerationen der Portio und Vagina mit gutem Erfolge (Heilung nach 4 Pinselungen), bei 2 Fällen von parametritischem Exsudat (1 Mal hatte Ichthyol versagt!) und 1 Mal bei sehr ausgedehnter Haematocoele retrouterina (Tampons!) mit sehr schönem Erfolge; als Ersatz der so oft reizenden Jodtinctur, ferner bei 11 Fällen von Pleuritis mit schnellem Erfolg (Schmerzen meist noch am gleichen Tage weg, desgleichen die Reibegeräusche bei kleinen Pleuritiden ohne Dämpfung nach 2–3 Tagen, bei grösseren Exsudaten der ganze Verlauf ein milderer, die Schmerzen gering, die Dämpfung ging relativ rasch zurück, die Expectoration war leichter etc.); bei hartnäckiger Bronchitis, z. B. im Anschluss an Pneumonie, namentlich bei Kindern Erfolg sehr befriedigend (6 Fälle). Die innerliche Medication von Jodvasogen versagte bei Keuchhusten, chron. Gelenkrheumatismus, Herzfehlern, Arteriosklerose mit Asthma, Phthise, dagegen führte sie zur Besserung resp. Heilung bei Struma, Pleuritis, Rheumatismus acutus, Scrophulose, Lues, Bronchitis, und zwar 1 Fall Pleuritis (Resorption des Exsudates und Expectoration anscheinend noch besser beeinflusst, als bei äusserlicher Anwendung), 1 Fall Rheumatismus (andere Mittel versagten, nach einer Flasche Jodvasogen bedeutende Besserung), 2 Fälle Struma (einer mit geringer Vergrösserung geheilt, bei einem anderen mit sehr grosser, derber Thyreoidea nach 18tägiger Behandlung Athembeschwerden geringer, Gewebe weicher, Halsumfang um 2 cm geringer, 5 Fälle Scrophulose (in einigen Wochen Aussehen besser, erhebliche Abnahme der Drüsen etc.), 7 Fälle Lues (Wirkung noch bei älteren Fällen deutlich, bei frischeren Beseitigung der Erscheinungen nach 2–4 Wochen; bemerkenswerth 1 Fall mit 2 speckig belegten Ulcerationen, 10 resp. 5 pfenniggross, am weichen Gaumen, Vernarbung nach 3 Wochen ohne Localbehandlung), 11 Fälle Bronchitis (sehr rasche Besserung). In allen Fällen auffallende Zunahme des Appetits. Dosis: zu Einreibungen 10 Tropfen bis  $\frac{1}{2}$  Theelöffel 2–3 Mal täglich (nie Reizung der Haut,

desgleichen konnte das Zahnfleisch 8 Tage lang 3 Mal täglich damit eingerieben werden, ohne auch nur empfindlich zu werden!); es kommt nicht auf energisches, sondern auf langdauerndes Einreiben an (etwa 10 Minuten nöthig!). Intern 5—30 Tropfen 3 Mal täglich; bei 1—2jährigen Kindern erst 3 Mal täglich 3 Tropfen, allmählig alle 2 Tage um 3 Tropfen steigend bis 3 Mal täglich 6—8 Tropfen, bei grösseren erst 3 Mal täglich 5 Tropfen, täglich um 3 steigend bis 3 Mal täglich 10 Tropfen, bei Erwachsenen erst 3 Mal täglich 5—10 Tropfen, steigend bis 3 Mal täglich 15—30 Tropfen (90 Tropfen = 0,27 gr Jod), am besten in Milch (auch Thee und Kaffee), auch Gelatine-kapseln (10—20 Tropfen), Chocladepastillen (Löwen-apotheke, Berlin, Jerusalemerstr.). Nie unangenehme Nebenerscheinungen, speciell von Seiten des Magendarmcanals; ja Autor gab sogar Jodvasogen bei Magensymptomen (Erbrechen, Appetitlosigkeit, Uebelkeit) mit gutem Erfolg. Er fasst seine Erfahrungen darin zusammen, dass Jodvasogen für die meisten Fälle die Jodpräparate zu ersetzen vermag und erhebliche Vorzüge vor ihnen hat, sowohl als Einreibung der Haut und Schleimhaut (vor Jodtinctur) als auch intern (vor den Jodsalzen und Leberthran); speciell leistet es bei Pleuritis, Exsudaten der weiblichen Sexualorgane, Periostitis alveolaris, nicht specifischen Ulcera und scrophulösen Ekzemen, Drüsen-schwellungen, Epididymitis, rheumatischen Schmerzen, Neuralgien (extern), bei Lues, Pleuritis, Bronchitis mit starker Secretabsonderung, Struma, Scrophulose, Brechneigung und Appetitlosigkeit (intern). — Auch Senator hat Jodvasogen bei denselben Affectionen mit Erfolg angewandt. Er hat auch bei Arteriosklerose mindestens ebensoviel erreicht, als wie mit Jodkalium, welch letzteres auch viel schlechter vertragen zu werden pflegt. Er möchte noch erinnern an eine Anwendungsweise des Jodkalium, die noch viel zu wenig bekannt ist, an die sog. „Minimalklystiere“ (von einer Lösung 5,0—8,0:200,0 3 Mal täglich 1 Esslöffel in den Mastdarm gespritzt), die ausserordentlich gut vertragen werden und ebenso wirken wie Jodkalium intern

gegeben. — Kleist und Rubinstein betonen die guten Erfolge, die auch sie mit Jodvasogen erzielten. — Ewald empfiehlt warm die rectale Application von Jodkalium und überhaupt diese Art der Medication bei den verschiedensten Mitteln, welche die Magenschleimhaut angreifen (Digitalis, Eisen), die er (das erstere als kleine Klysmen, das letztere als Suppositorien) stets mit bestem Erfolge so den Patienten einverleibt hat. Man kann die Klysmata (nach vorheriger Darmreinigung) 3 Mal täglich wochenlang ohne Schwierigkeit appliciren.

(Berliner medic. Gesellschaft, 4. Mai 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 21.)

- Einen Fall von geschwüriger Dermatitis der Bauchhaut infolge Einwirkung der Röntgenstrahlen ( $\frac{1}{2}$  Stunde, Röhre  $\frac{1}{2}$  Meter vom Körper entfernt) beschreibt Plonski. Die an und für sich nicht besonders gut genährte Patientin war gravid, die Bauchhaut stark gedehnt, in ihrer Elasticität herabgesetzt, Momente, die wohl die Entwicklung der Dermatitis begünstigten, wovon letztere ca. 1 Jahr lang allen therapeutischen Maassnahmen widerstand.

(Dermatolog. Zeitschrift 1898 No. 1.)

- Gangrän der Haut nach Anwendung einer Eisblase, die 3 Wochen auf dem Abdomen lag, sah Bert. Erst nach 9 Monaten, nach Transplantationen etc. völlige Heilung des grossen Hautdefects. Bereits 4 ähnliche Fälle bekannt.\*)

(Lyon médical 1898 No. 19. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 25.)

- Frischer Fleischsaft wird bei der Krankenernährung noch viel zu wenig gewürdigt, obwohl sein Werth den aller künstlichen Präparate, die zur Verbesserung des Blutes und der Ernährung dienen, weit überragt. „In jedem Lebensalter“ — so führt Dr. C. Klein (Giessen) aus — „pur verabreicht oder

\*) Neuerdings theilt Dr. Josephson (Düsseldorf) einen ähnlichen, vor 20 Jahren erlebten Fall mit (Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 28). Ein sehr kräftiger, gesunder Mann (früherer Offizier) zog sich an einem Oberschenkel eine schmerzhafte Contusion zu. Nachdem der angewendete Eisbeutel ca. 14 Tage gelegen, entwickelte sich Hautgangrän, handtellergröss und erst nach Monaten vernarbend.

in mannigfaltiger Abwechslung den Speisen und Getränken zugemischt, oder aber als bestes und unersetzliches Constituens für Nährklystiere, leistet der frische Fleischsaft alles, was man von einem blutbildenden und belebenden Stärkungsmittel nur immer verlangen kann. Als Nährklystier ist es unübertrefflich und die Duldsamkeit des normalen Mastdarms gegenüber seiner lange fortgesetzten Anwendung ist erstaunlich; er wird bei richtiger Application stets vorzüglich und vollkommen resorbirt.“ 1894 schrieb schon Ziemssen: „Es ist auf das lebhafteste zu bedauern, dass für die importirten Fleischsaftpräparate, deren therapeutischer Werth doch recht zweifelhaft ist, so viel deutsches Geld in das Ausland geht, während wir uns das sauberste und wirksamste Fleischpräparat in jeder Apotheke durch Auspressen frischen Fleisches bereiten können.“ Der angenehme und leicht zu verdeckende Geschmack des frischen Fleischsaftes, die dünnflüssige Form, sein Gehalt an Eiweiss, Fleischbasen und Blutfarbstoff in durchaus natürlicher Zusammensetzung, seine auffallend leichte Verdaulichkeit, welche die Anwendung selbst bei Säuglingen (Paedatrophie, Rhachitis, Brechdurchfall etc.) zulässt und den schwächsten Magen nicht irritirt, seine Appetitlichkeit und seine überraschend appetiterregende Kraft, das sind seine Vorzüge. Von Kindern mittleren Alters werden bis zu 100 gr pro die anstandslos und längere Zeit hindurch vertragen und bewirken stets beträchtliche Verbesserung des Appetits, des Aussehens, Allgemeinbefindens und Kräftezustandes. Auch bei Erwachsenen, die das Doppelte vertragen, ist der Effect ein prompter, ebenso bei Säuglingen und kleinen Kindern (3—5 Theelöffel voll mit Zucker versüsst); im Klysma werden von Säuglingen 50 gr, Kindern mittleren Alters 100 gr, Erwachsenen 200 gr längere Zeit hindurch täglich angewandt, vollkommen resorbirt. Die geringe Würdigung dieses Mittels ist wohl in seiner geringen Haltbarkeit begründet. Der Saft muss jedesmal frisch bereitet und sofort benützt werden! Das war bisher ein zeitraubendes und undankbares Geschäft, obwohl eine



Anzahl von Fleischsaftpressen existiren. Letztere sind aber theuer, schwer zu reinigen und wenig praktisch. Autor hat nun eine Presse (als „Dr. Klein's Fleischsaftpresse“ in Eisengeschäften für 15 Mk. erhältlich) construirt, die sich durch Billigkeit, zweckmässige, einfache Construction, leichte Reinhaltung auszeichnet und kleine Quantitäten Fleisch leicht ausdrückt, sodass sie für den Haushalt sich bestens eignet. Aus 100 gr Fleisch kann man bis 40 gr Saft auspressen, sodass 100 gr Saft sich auf 35—50 Pfg. stellen (in der Apotheke M. 1.30), dass also der Preis der Presse sich rasch rentirt bei absoluter Reinlichkeit und Tadellosigkeit des Saftes. Recepte zur Darreichung desselben sowie Gebrauchsanweisung der Presse liegt dieser bei), der jetzt hoffentlich bald allgemeine Verwendung finden wird. (Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 25.)

- Einen **eigenthümlich veränderten Penis** zeigte ein von Dr. Th. Mayer aus der Lassar'schen Klinik demonstrirter Patient. Das Glied ist in der Circumferenz um das dreifache, im Längsdurchmesser mehr als  $\frac{1}{2}$  vergrössert, dabei normal gefärbt, weich, ohne Spur entzündlicher Erscheinungen. Man denkt an Elephantiasis, die Anamnese führt aber zur aetiologischen Deutung. Vor zwei Jahren war an dem Patienten die doppelseitige Ausräumung der Leisten-drüsen vorgenommen worden (man sieht die tief eingezogenen Narben); 6 Monate später begann ein leichtes Anschwellen des Penis und derselbe wurde nun von Monat zu Monat grösser. Es handelt sich — Landau hat früher ein Gleiches beobachtet — um Stauungshyperplasie artificieller Natur (man sieht, wie vorsichtig man bei doppelseitiger Bubonenoperation einem völligen Verlegen der Lymphbahnen aus dem Wege zu gehen hat), gegen die zunächst Sitzbäder, vorsichtige Massage, Compressivverbände, bei Nichterfolg keilförmige Excision von Gewebstücken therapeutisch versucht werden sollen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 18. Mai 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 23.)

- Einen **casuistischen Beitrag zu den freien Gelenkkörpern** liefert Dr. H. Kaposi (chirurg. Klinik Heidelberg). Ein 22jähriger stud. med. stiess im Juli 1897 sein linkes



Knie an die scharfe Kante seines Koffers. Er konnte nachher gut gehen, radfahren u. s. w., 6 Wochen nach dem Unfall aber bemerkte er nach aussen und unten von der Patella einen beweglichen Körper, der bei Beugebewegungen im Gelenk verschwand, aber bei Streckung stets wieder zum Vorschein kam und dann leicht zu fühlen war. Mitte September schwell das Knie einmal sehr stark an und wurde so schmerzhaft, dass 14tägige Bettruhe nötig war. Von jetzt an erschien jenes Gebilde innen und unten am Knie. Patient hatte früher nie etwas Krankhaftes an der Stelle gehabt. Am 9. November wurde incidirt. Man fand eine plattrundliche elliptische Scheibe von 3 cm Länge, 2 cm Breite und 8 mm Dicke in der Mitte, mittelst eines Stieles mit der Gelenkkapsel zusammenhängend und mikroskopisch aus fibrillärem Gewebe mit hyaliner Entartung mit Nekrosen und circumscribten Blutungen bestehend, aber ohne jede Spur von Knorpel oder Knorpelgewebe, oder auch nur partieller Verkalkung; der Stiel  $\frac{1}{2}$  Mal um seine Achse gedreht. Es handelte sich offenbar um eine traumatisch-entzündliche Wucherung einer Gelenkzotte, wie sie schon 2 Mal in der Litteratur beschrieben ist. „Eine Möglichkeit lässt sich aus dem Falle ableiten. Es zeigte sich, wie berichtet, eine Dehnung des Stieles, mit dem die geschilderte Gelenkmaus in Verbindung stand und es ist auch durch die Anamnese festgestellt, dass der freie Gelenkkörper zuerst aussen von der Patella, nach einigen Wochen aber stets nach innen zum Vorschein kam. Es zeigte ferner die histologische Untersuchung das Centrum der Gelenkmaus nekrotisch und darin eine kleine Höhle, ferner verdickte und thrombosirte Blutgefässe. Es ist daher wohl der Schluss gestattet, dass der Gelenkkörper auch ohne Operation nach und nach unter Zunahme der Nekrose und durch langsame Resorption der zerfallenen Gewebe zum Verschwinden gebracht worden wäre. Vielleicht wird sich dies auch in anderen Fällen, in denen es zu einer Stieldrehung und damit zur Herabsetzung oder gänzlichen Unterbrechung der Ernährung gekommen ist, wenn man öfters darauf achtet, nachweisen lassen. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XX, Heft 3.)

— **Zweifelhafte Leichenbefunde durch Benagung von Insecten**

schildert S.-R. Dr. Klingelhöffer (Frankfurt a. M.). Das 9 Monate alte Kind eines in grosser Dürftigkeit lebenden Postbediensteten, welcher auch die elektrischen Batterien der Post zu bedienen und daher mit Säuren zu hantiren hatte, war nach achtlägiger Krankheitsdauer unter den Erscheinungen einer Entkräftung nach Diarrhoeen gestorben. Bei der am Tage nach dem Tode erfolgten Leichenbeschau wurde aussen an der Leiche folgender auffälliger Befund constatirt: An beiden Mundwinkeln fanden sich streifenförmige, gelbe, scharf begrenzte, vertrocknete Hautstellen, welche den Eindruck machten, als ob der Versuch gemacht worden sei, dem Kinde Schwefelsäure einzuflössen, wogegen das Kind sich gewehrt habe und daher die Säure durch das Kind verspritzt worden sei. Aehnliche Flecke fanden sich noch unter dem linken Ohr, an der Brust und am Gesäss, hier theils gelb, theils rothbraun. Das bei der gerichtlichen Section — bei welcher im Munde und Oesophagus keine auffallenden Veränderungen wahrgenommen werden konnten — vorläufig abgegebene Gutachten lautete dahin, dass die genannten pergamentartigen Vertrocknungen der Haut vom Benetzen mit einer ätzenden Flüssigkeit herrühren. Die mit grösster Sorgfalt von Seiten der Chemiker ausgeführte Untersuchung der Hautstücke ergab, dass die Verätzung der Haut mit Schwefelsäure zwar nicht bewiesen, aber sehr wahrscheinlich sei. Der inzwischen verhaftete Vater gab an, dass er an der Leiche eine Menge von „Schwaben“ entdeckt habe, welche er entfernte. Da überdies in der Wohnung nichts von Säure gefunden worden war, so wurde in einem weiteren Gutachten zugegeben, dass jene Hautveränderung wohl auch durch das Benagen der Schwaben entstanden sein könnte, nach welcher Richtung sich auch ein Obergutachten in entschiedener Weise aussprach. Mittlerweile hat Autor noch bei 2 weiteren Kindesleichen dieselben Vertrocknungen der Haut beobachten und zugleich feststellen können, dass dieselbe durch die kleine Schabe, *Batta germanica*, bedingt waren.

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin, Bd. XV., Heft 1. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 34.)



## Bücherschau.

---

— **Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes**, ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Chemiker und Studierende von Dr. E. Spaeth (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig, 340 S.; Preis M. 7.20, gbd. M. 8) wird den betreffenden Kreisen wirklich ein unentbehrliches Nachschlagebuch werden, da es in ausführlicher, aber dabei durchaus präziser Weise alles Nöthige bringt. Die ganze Anlage des Buches ist eine höchst zweckmässige, die Darstellung klar und verständlich; durch verschiedenen Druck wird die Uebersichtlichkeit sehr erhöht, durch zahlreiche Illustrationen Manches dem Verständnisse noch näher gebracht. Nehmen wir noch dazu, dass der Autor die modernen Errungenschaften des besprochenen Gebietes voll und ganz berücksichtigt und dass er nichts Wesentliches übergeht, so gehen wir nicht fehl, wenn wir dem Buche trotz nicht geringer Concurrenz ein günstiges Prognostikon stellen. — Im gleichen Verlage erscheinen die **Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie** von Krafft-Ebing, die wir bereits in diesen Blättern gewürdigt haben. Jetzt ist Heft II uns zugegangen (Mk. 4.50, gebd. M. 5.50), welches wieder eine grössere Anzahl interessanter Aufsätze enthält. Wir nennen bloss „Die Aetiologie der progressiven Paralyse“, „Ueber Vortäuschung organischer Erkrankungen des Nervensystems durch Hysterie“, „Zur Athetosis bilateralis“.

— Obwohl an ähnlichen Werken bei uns kein Mangel ist, wird das bei S. Karger (Berlin) von Dr. M. Einhorn (New-York) publicirte und „seinem Lehrer und Freunde“ Prof. Ewald gewidmete Werk „**Die Krankheiten des Magens**“ (342 S. Preis: M. 6), eine erweiterte Uebersetzung des bereits im Englischen erschienenen Buches, gewiss auch hier sich viele Freunde erwerben. Der Autor berücksichtigt voll und ganz das Interesse des prakt. Arztes und

legt auf Diät und Behandlung Gewicht, ohne freilich darüber die anderen Abschnitte zu stiefmütterlich zu behandeln. Den Untersuchungsmethoden ist ein langes Capitel gewidmet. 52 Abbildungen begleiten den Text.

— Trotz des Erscheinens zahlreicher ähnlicher Werke in den letzten Jahren werden die von Urban & Schwarzenberg (Wien und Leipzig) edirten „**Grundzüge der Augenheilkunde**“ von Prof. J. Stilling unseres Erachtens nach doch ihren Weg machen. Die klare, präzise, interessante und fesselnde Darstellung, die stete Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Praxis, die originelle Behandlung manches Punktes, die der reichen, persönlichen Erfahrung des Verfassers entspringt, sichern dem Werke eine freundliche Aufnahme und weite Verbreitung. Erwähnt sei nur noch, dass das Buch reich mit guten Illustrationen versehen und auch sonst vortrefflich ausgestattet ist.

— In 2. Auflage liegt Prof. Landerers **Handbuch der allgem. chirurgischen Pathologie und Therapie**“ vor (Wien, Urban & Schwarzenberg). Das Buch hat schon bei seinem ersten Erscheinen dank der klaren und präzisen Darstellungsweise, der vollen Rücksichtnahme auf die tägliche Praxis, der Lückenlosigkeit des Inhalts, der instructiven Abbildungen u. s. w. sich viel Freunde erworben, und dürfte dies in erhöhtem Masse bei der 2. Auflage der Fall sein, bei der das Werk trotz der Vermehrung des textlichen Theils und der Illustrationen (jetzt 480 auf 600 Seiten!) an Umfang abgenommen hat. Erreicht wurde dies durch noch gedrängtere Fassung der Darstellung, die dem Autor sehr gut gelungen ist. Das Werk ist der besten Empfehlung werth!

— Nachdem J. Boas uns die Magenkrankheiten in einem vorzüglichen Werke zur Darstellung gebracht hat, bringt er uns jetzt eine „**Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten**“, dessen 1. Hälfte uns vorliegt (Leipzig, G. Thieme). Der Autor beherrscht auch dieses Gebiet vollkommen, seine reichen Erfahrungen und sein bewährtes Lehrtalent befähigten ihn wiederum, unsere Litteratur um ein höchst werthvolles Buch zu bereichern. Das lässt schon diese 1. Hälfte, welche die allgemeine Diagnostik und Therapie enthält, zur Genüge erkennen, und sehen wir dem 2. Theile den speciellen Capiteln, mit grossem Interesse entgegen. Das Werk ist nicht allein dem Specialarzte gewidmet, sondern wird gerade dem Praktiker ein unentbehrlicher Rathgeber und Wegweiser in allen einschlägigen Fragen sein.



— Von dem Leyden'schen **Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik** (Leipzig, Verlag von G. Thieme) liegt bereits die 1. Abtheilung von Bd. II vor (Preis: M. 10), in der die specielle Therapie der Ernährung abgehandelt wird. Die Lungenkrankheiten bearbeitete Dettweiler, die Herzkrankheiten Oertel, die Nervenkrankheiten Joley, die Darm- und Magenkrankheiten Ewald und Boas, die Parasitenkrankheiten Mosler und Peiper, Leber- und Pankreaskrankheiten Stadelmann. Die genannten Autoren haben diese Capitel der Ernährungstherapie in ausgezeichnete Weise dem Leser vor Augen zu führen und nach allen Richtungen hin zu beleuchten verstanden; sie haben in genügender Weise auf alle Eventualitäten der Praxis Rücksicht genommen und die modernen Fortschritte, die gerade in diesen Gebieten keine geringen waren, allenthalben bereits verworthen. Der Praktiker wird künftighin dieses Werk als Nachschlagebuch nicht gern entbehren wollen. — Im gleichen Verlage erscheint seit kurzem (in zwanglosen Heften, von denen 4, einen Band bildend, M. 8 kosten) die **Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie**, herausgegeben von E. v. Leyden und A. Goldscheider. Das sehr zeitgemässe Unternehmen bringt in seinen ersten Heften eine grosse Anzahl gediegener Originalarbeiten hervorragender Autoren, daneben kleinere Mittheilungen, Berichte über Congresse und Vereine, Referate, Bücherschau u. s. w. Trotz der Zersplitterung der medicin. Journalistik wird gerade eine solche Zeitschrift gewiss auch in den Kreisen der prakt. Aerzte freudig begrüsst werden.

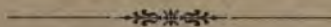
— **Grundriss der Hydrotherapie** von Dr. E. Guttmann (Verlag von Preuss & Jünger in Breslau) „soll dem Arzt in möglichst gedrängter, aber doch ausreichender und verständlicher Darstellung das Wichtigste von der wissenschaftlichen Hydrotherapie übermitteln und ihm zeigen, in welcher Weise sich ihre Methoden auch ausserhalb der Wasserheilanstalt anwenden und in den Kreis der übrigen ärztlichen Heilbestrebungen einführen lassen“. Dies Programm ist löblich genug, da diese Heilmethode immer noch nicht bei den Praktikern die Beachtung gefunden hat, die sie verdient, und die Kenntnisse darüber oft noch recht mangelhafte sind. Da der Autor sein Programm in durchaus rühmlicher Weise durchgeführt hat, dürfte das Buch in der That bei seiner kurzen und klaren Darstellung alles Wissenswerthen mehr dazu beitragen, der Methode weitere Freunde zu verschaffen, als dies umfangreichere Werke thun, deren Lectüre für den Praktiker zu zeitraubend ist.



— Dr. J. Schubert ist bekanntlich ein Vorkämpfer für jene einst so berühmte, bei den modernen Aerzten aber sehr in Vergessenheit gerathene Heilmethode, welche sich auf Blutentziehungen verlegt. Der Autor, der diese Methode bereits vielfach litterarisch verwerthet hat, hat jetzt in einem Buche „**Die Blutentziehungen**“ (Stuttgart, Verlag von A. Zimmer) im Zusammenhange Geschichte, Theorie, Indication, Technik und Nachbehandlung dieser Methode eingehend (152 S.) besprochen. In Bezug auf seine theoretischen Auseinandersetzungen steht Manches zwar auf schwachen Füßen und bietet Gegnern manche Angriffspunkte dar, die praktischen Erfolge aber sprechen wiederum zweifellos zu Gunsten dieser Methode, welche, wenn auch nicht in so weitem Umfange, wie es Schubert will, so doch mehr, als es jetzt geschieht, Beachtung und Anwendung in der Praxis verdient.

— Der von Dr. M. Chotzen herausgegebene **Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten** (Verlag von L. Voss, Hamburg) ist bis zu Heft 10 gediehen. Die vorliegenden Hefte (9 und 10) bringen wieder eine ganze Anzahl vorzüglicher Bildwerke, unter denen wir besonders die verschiedensten luetischen und nicht specifischen Affectionen sehr gelungen fanden. Der Atlas bildet ein ganz ausserordentlich nützliches Anschauungswerk für den Praktiker, um ähnlich ausschauende Krankheitsformen sicher und rasch unterscheiden zu lernen.

— **Die Hauptthatsachen der Chemie**, für das Bedürfniss des Mediciners dargestellt von Prof. E. Harnack, liegt bereits in 2. Auflage vor (Verlag von L. Voss in Hamburg, Preis gbd. M. 2.50). Der Arzt, der ja recht oft sehr fühlbare Lücken gerade in diesem Gebiete aufzuweisen hat, wird dem Verfasser für diese präzise Darstellung alles Wissenswerthen gewiss Dank wissen, zumal derselbe in der Zusammenstellung des Stoffes und in seiner Diction mit einer solchen Geschicklichkeit vorgegangen ist, dass die rasche Orientirung sehr leicht gemacht wird. Auch als Repetitorium eignet sich das kleine Büchelchen vorzüglich.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 2.

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

November

VIII. Jahrgang

1898

---

**Blutungen.** Die „Vaporisation“, d. h. die Anwendung des heissen Wasserdampfes ist in letzter Zeit vielfach zur Stillung von Uterusblutungen empfohlen worden, da letztere prompt gestillt wurden. Dass aber diese Therapie nicht harmlos ist, zeigt ein von Dr. O. v. Weiss (Landesspital Sarajewo) mitgetheilter Fall von Obliteration eines nicht puerperalen Uterus nach Vaporisation. Dabei war das Cavum dieses Uterus für den Fritsch-Bozeman'schen Katheter passirbar, die Vaporisation mühelos  $\frac{3}{4}$  Minuten (Wasserdampf von 100°) durchgeführt und ohne grössere Reaction ertragen worden. Der jungen, sonst blühenden Person erwuchs aus dem Eingriffein schwerer, irreparabler Schaden (die Vaporisation hatte ein tüchtiger Fachcolleague ausgeführt!). Obwohl die Therapie noch eine ganz junge ist, sind nunmehr bereits 3 Fälle von Obliteration des Uterus und 2 Fälle von Stenosirung der Cervix infolge des Eingriffes bekannt, eine hohe Zahl von Misserfolgen! Es erscheint demnach die Anwendung des heissen Wasserdampfes, auch bei kurzer Einwirkung und nicht übermässiger Hitze, bei durch Endometritis verursachten Genitalblutungen jüngerer Personen auch dann nicht gerathen, wenn die Portio nicht rigid, die Cervix nicht eng ist. Zur Vaporisation geeignet dürften Fälle sein, in welchen eine etwa nachfolgende Verödung der Uterushöhle zum mindesten keine ernstere



Störung bedeuten würde, also namentlich hartnäckige klimakterische B. und B. bei chron. Endometritis älterer Personen, ferner B. bei radical nicht mehr operirbaren malignen Neubildungen. Jedenfalls ist die Gefahr der Obliteration des Uterus hierbei eine viel grössere, als beim Curettement, indem bei Vaporisation sehr leicht das ganze Endometrium verbrüht werden kann, sich später abstösst und die Granulationsfläche wie ein Fistelgang sich benarbt und schliesst, während nach dem Curettement doch meist nur an Stellen besonders ausgiebiger Zerstörung der Uteruswand es zu Verlöthung kommen wird.

(Centralblatt für Gynäkologie 1898 No. 24.)

— Die „Vaporisation“ hat Prof. Dührssen (Berlin) mit ganz ausgezeichnetem Erfolg bei Gebärmutterblutungen angewandt. „Man hat es mit dieser Methode in der Hand, lebensgefährliche uterine B. ohne Narkose, ohne operativen Eingriff, ohne der Patientin Schmerzen zu machen, dauernd zu beseitigen und hierdurch der Pat. unter Umständen eingreifende Operationen, z. B. die Uterusexstirpation, zu ersparen. Der von Sanguiereff, dem Erfinder dieser Methode, angegebene Apparat ist ein sehr einfacher: Er besteht aus einem Spirituskocher, welcher durch einen Gummischlauch mit einem dünnen Metallrohr in Verbindung ist. Dieses Rohr wird in einen gefensterten Katheter, der zuvor in den Uterus eingeführt ist, hineingeschoben. Der Dampf erwärmt rasch den Katheter und tritt aus den Fenstern desselben in einer Temperatur von 100° aus. Im selben Augenblick fliesst aus dem Katheter eine dunkle, bouillonähnliche Flüssigkeit ab. Durch Abschluss des Ventils an dem Auslass des kleinen Dampfkessels kann man in einigen Sekunden eine höhere Temperatur des Dampfes erzielen, doch ist das nicht nöthig (ein billigerer Apparat wird vom Medicin. Waarenhaus hergestellt). Autor wandte die Methode zunächst bei zwei ganz verzweifelten Fällen an, die ihm zur Vornahme der Uterusexstirpation zugegangen waren. Fall 1 betraf eine 37 jährige Bluterin, welche durch profuse und langdauernde Menstruationen ganz heruntergekommen war. Am 23. October 1897 Va-

porisation 2 Minuten. 9 Tage später wurde ein röhrenförmiges Gebilde ausgestossen, welches einen völligen Abguss des Uterusinneren darstellte. Die mikroskopische Untersuchung dieser 9 cm langen, 4 mm dicken Membran ergab, dass dieselbe aus der gesammten Schleimhaut und dem angrenzenden Theil der Musculatur bestand. Jetzt schienen auch die Erfolge der Methode erklärlich! Offenbar musste es nach Ausstossung der ganzen nekrotischen Uterusschleimhaut zu einer Verwachsung der Uteruswände, zu einer Verödung der Uterushöhle kommen. So geschah es auch. Pat. bekam 13 Tage nach der Vaporisation noch eine Blutung, am 20. Tage fand Autor noch eine 8 cm lange Uterushöhle und vaporisirte noch 1 Mal  $1\frac{1}{2}$  Minuten, dann aber schrumpfte der Uterus zusammen und schon  $\frac{1}{4}$  cm über dem äusseren Muttermund trat eine Verwachsung seiner Wand ein. Seitdem keine B. mehr, Pat. erholte sich ausserordentlich. Die 2. Pat. litt seit 4 Jahren an fast täglichen B. und war in dieser Zeit von anderer Seite 4 Mal ohne Erfolg curettirt und über 1000 Mal local behandelt worden, befand sich in sehr heruntergekommenem Zustand. Am 20. October 1897 Vaporisation 2 Minuten. Hier Abstossung der Schleimhaut langsamer und nur in kleinsten Partikeln. Pat. hatte noch ca. 4 Wochen Ausfluss und in den nächsten 3 Monaten noch 2 Mal eine normale Menstruation. Dann aber trat eine Atrophie des Uterus ein, ca. 1 cm über dem äusseren Muttermund beginnend, mit völliger Verwachsung seiner Wände. Auch diese Pat. ist mittlerweile schon zu einem lebensfrischen Individuum wieder aufgeblüht. Bei einer dritten, 49-jährigen Patientin ist wahrscheinlich ebenfalls Obliteration eingetreten, da seit der am 11. October 1897 ausgeführten Vaporisation (2 Minuten) eine jetzt 6 monatliche Amenorrhö besteht. Bei der Pat. hatte Autor am 2. Januar 1897 ein apfelgrosses, schon zum Theil in die Scheide geborenes Myom entfernt; sie hatte darnach bis zum Herbst noch 3 Mal die Menstruation und es erschien zweckmässig, bei der total ausgebluteten Patientin jeden weiteren Blutverlust zu verhüten. Wann ist nun dies Verfahren indicirt? Maligne Neubildungen, retinirte Eireste sind natürlich ausgeschlossen; eine weitere Con-

trainsindication bildet jugendliches Alter. Das Verfahren findet also seine Anwendung bei den erschöpfenden Blutungen in den vierziger Lebensjahren, die bedingt sind durch Metritis chronica mit oder ohne gleichzeitige Wucherungen des Endometrium, durch abnorme Brüchigkeit der Uterusgefässe, durch kleinere interstitielle Myome. Eine 4. Pat. des Autors, 47 Jahre alt, litt seit Jahren an sehr profusen Menses. Ostern 1897 untersuchte Autor und fand als Ursache der B. ein apfelgrösses interstitielles Myom, welches zu starker Wucherung der Uterusschleimhaut geführt hatte. Durch Curettement nur vorübergehende Besserung. Weihnachten traten die B. ganz besonders stark auf und dauerten, als Autor die Pat. sah, bereits 25 Tage; Puls der Pat. ganz unregelmässig, kaum zu fühlen, Gesicht kreideweiss. Am 20. Januar Vaporisation (1 Minute), sofortige Blutstillung. Nächste Menstruation erst am 20. März, ganz schwach, 1 Tag; Uterus und seine Höhle erschienen entschieden verkleinert. Dieser Fall bildet den Uebergang zu den Fällen, wo man wohl Beseitigung abnorm starker B., aber keine Verödung der Uterushöhle erzielen will, also bei jugendlichen Individuen. Hier darf man nicht länger als  $\frac{1}{4}$  Minute vaporisiren und warte behufs Wiederholung erst die nächste Menstruation ab! Schon nach  $\frac{1}{2}$  Minute während der Vaporisation sah Autor bei 4 Nulliparen eine beginnende Stenose des inneren und äusseren Muttermundes, entstanden dadurch, dass die Einwirkung des erhitzten Katheters auf die ihn dicht umschliessenden Cervixwände eine sehr intensive und stärkere ist, als die Einwirkung auf die weitere Corpushöhle (diesem Uebelstand lässt sich leicht abhelfen, wenn man den im Cervix liegenden Abschnitt des Katheters mit einem schlechten Wärmeleiter, z. B. einem Drainrohr umgiebt). — Die Vaporisation verspricht auch Erfolge bei Puerperalfieber, speciell der localisirten Form desselben, der septischen und putriden Endometritis und hat hier sich auch bereits bewährt; soweit die Spaltpilze sich noch in der Uterusschleimhaut oder in Cervixrissen befinden, werden sie durch den Dampf abgetödtet, auch führt die Nekrose der abgestorbenen Schleim-



hautschichten zur lebhaften Granulationsbildung, die einen Schutzwall gegen das Eindringen der Spaltpilze in die Blut- und Lymphbahnen bildet. Jedenfalls ist das Verfahren im Gegensatz zum Curettement ungefährlich, da es keine frischen Verletzungen setzt. Auch hier soll man nur  $\frac{1}{4}$  Minute vaporisiren, event. bei Fortdauer des Fiebers nach einigen Tagen nochmals, falls nicht inzwischen Zeichen von Allgemeininfektion aufgetreten sind. Als sicherstes Abtödtungsmittel der Gonokokken scheint die Vaporisation auch bei frischer Uterusgonorrhö indicirt; in Fällen von subacuter Corpus- und Cervixgonorrhö hat Autor die Methode auch zur Beseitigung profuser Ausflüsse, die allen Aetz- und antiseptischen Mitteln trotzten, mit bestem Erfolg angewandt. Möglicherweise endlich stellt das Verfahren bei kleineren interstitiellen Myomen nicht nur eine palliative Methode dar, sondern auch eine radicale Heilmethode der Myome, indem die künstlich erzeugte Amenorrhö zu einer Herabsetzung des Blutzuffusses zum Uterus und damit zu einer Schrumpfung des Tumors führt; auch bei obigem Fall war eine deutliche Verkleinerung des Myoms zu constatiren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 36.)

— **Stypticin (Merck) bei Uterusblutungen** wurde in der Innsbrucker gynäkol. Klinik, wie Dr. v. Braitenberg von dort mittheilt, in 24 Fällen angewandt. Stypticin, das salzsaure Salz des Cotarnins (einer aus dem Opiumalkaloid Narcotin dargestellten Base) ist ein hellgelbes, geruchloses Pulver, sehr bitter; es muss in dunklen Gläsern gut verschlossen aufbewahrt und in Oblaten gegeben werden (auch Tabletten, Gelatineperlen, überzuckerte Tabletten werden hergestellt) und zwar zu 0,05 5—8 Mal täglich. Bei besonders starken B. oder wenn man schneller zum Ziel gelangen will, steigert man auch wohl die Einzeldosis auf 0,1—0,2, indem man von einer 10%igen sterilen, wässrigen Lösung je eine Pravaz'sche Spritze intramusculär in die beiden Nates einspritzt (reactionslos!). Was nun die Resultate anbelangt, so liess das Mittel kaum je gänzlich im Stich, in den meisten Fällen sogar ganz auffälliger Erfolg! Eine sedative Wirkung fehlte (vielleicht weil die Tagesdosis im Maximum

nur 0,4 betrug, doch die B. wurden prompt beeinflusst, wobei unangenehme Nebenwirkungen nie beobachtet wurden. Gering oder ganz fehlend war der Erfolg bei uncomplicirter haemorrhagischer Endometritis; doch war die Wirkung jedesmal eine prompte, wenn nacherfolgloser Stypticinmedication eine Ausschabung vorgenommen wurde und nach derselben noch B. zurückblieben. Bei Lageveränderungen des Uterus, Perimetritis, Parametritis, entzündlichen Veränderungen der Adnexa fast stets auffällig gute Beeinflussung der B., profuse und protrahirte Menses wurden stets abgekürzt, ebenso reagierten gut B. ohne nachweisbare anatomische Veränderungen. Ein Theil der Pat. wurde ambulatorisch behandelt. In der Regel genügte bei jedem Falle weniger als 1 gr (kostet jetzt als Pulver nur 50 Pfg., 1 Glasröhrchen mit 20 Tabletten à 0,05 nur Mk. 1.50, soviel auch die überzuckerten).

(Wiener med. Presse 1898 No. 35.)

**Diabetes mellitus.** Einen Fall von **Xanthoma glycosuricum** sah Dr. J. Schwenter-Trachslar (Klinik Unna, Hamburg). Auf Grund desselben und der in der Litteratur verzeichneten Fälle stellt Autor folgendes Bild der Affection zusammen: Das Xanthoma glycosuricum kommt meist im mittleren Lebensalter vor. Es betrifft gewöhnlich corpulente, sich gesund führende Menschen. Die Pat. haben immer Zucker (Traubenzucker oder Pentose) im Urin. Meist werden Männer, seltener Frauen betroffen. Icterus steht in keiner Beziehung zu dieser Krankheit. Der Ausschlag entsteht rasch und vergeht wieder; er kann Monate und Jahre zum Verschwinden brauchen. Die Protuberanzen des Xanthoma glycosuricum sind derbe, feste Knoten, die scharf begrenzt und in die Hauteingebettet sind. Dieselben sind gelb an der Spitze und haben einen hyperaemischen, rothen Rand. Die kleinen, eben entstehenden Efflorescenzen können ganz roth sein. Die rothe Randfärbung ist am ausgeprägtesten beim frischen Exanthem, später blasst sie ab. Die Eruption befällt mit Vorliebe die Extremitäten, und zwar meist deren Streckseiten (Ellenbogen, Ulnargegend, Knie) und dann *das Gesäss* und auch den Nacken. Die Augenlider

bleiben frei, ebenso die Furchen an den Handflächen und Fusssohlen, sowie die Beugen des Körpers (Halsbeuge, Axillae, Ellenbogenbeuge) und die Genitalien. Da, wo die Knoten dicht beisammen stehen, verschmelzen sie zu Knotenscheiben, besonders an den Ellenbogen, an den Knien und am Gesäss. Die Knoten sind hirsekorn- bis erbsengross, die Plaques etwa von Fünfpfennig- bis Markstückgrösse. Die Efflorescenzen sind nicht an die Existenz eines Haarfollikels gebunden, wie ihre exquisite Ausbildung auf Palma und Planta beweist; die bisherigen Angaben über folliculäre Natur derselben entbehren der histologischen Begründung und unterliegen daher berechtigten Zweifeln. Prognose im allgemeinen günstig, aber Neigung zu Recidiven; mit dem Verschwinden des Zuckers aus dem Urin geht meist das Abnehmen des Xanthoma glycosuricum Hand in Hand.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 27 No. 5.)

- Zur Frage der **Glykosurie bei Gallensteinkolik** ergreift Dr. W. Zinn (Berlin, I. medic. Universitätsklinik) das Wort. Traubenzucker im Harn ist bei Cholelithiasis von einzelnen Beobachtern häufig, von anderen niemals gefunden worden. Jüngst hat Exner (chirurg. Klinik Heidelberg) wieder das häufige Vorkommen geringer Mengen von Traubenzucker im Harn bei Gallensteinkrankheit hervorgehoben; er konnte in 40 Fällen mit einer Ausnahme jedes Mal Zucker nachweisen. Nach der Operation, die in allen Fällen gemacht wurde, nahm der Zuckergehalt ab, sodass sich 3—4 Wochen nachher kein Zucker mehr vorfand. Nach Exner kann sogar in zweifelhaften Fällen der Nachweis von Zucker eine gewisse diagnostische Bedeutung erlangen. Zinn hat 89 Fälle von Gallensteinkrankheit auf Zucker untersucht (meist sehr häufig, fast täglich, solange Schmerzen, Icterus etc. bestanden, und zwar mittelst Trommer'scher und Nylander'scher Probe, oft mittelst Phenylhydrazin- und Gährungsprobe), aber nur 2 Mal geringe Mengen von Zucker entdeckt. Ob bei diesen 2 Pat. später D. auftrat, konnte nicht mehr beobachtet werden. Fälle von D. nach Gallensteinkolik sind mehrfach beschrieben worden, während

*Diabetes mellitus.*

Wiedemann & Naunyn in gegen 250 darauf untersuchten Fällen von einfacher Gallensteinkolik Zuckerausscheidung nie constatirte, wohl aber in einigen Fällen mit chron. Leberschwellung auch Cholelithiasis (Gallenstein — Lebersteinsucht). Zinn's Erfahrungen zeigen also, dass Zucker bei einfacher Gallensteinkolik wohl vorkommt, aber selten. (Centralblatt für innere Medizin 1898 No. 38.)

— **Neuer Fall von acutem D. bei einem sehr jugendlichen Individuum** beschreibt Stabsarzt Dr. Böhm (Fürstentfeldbruck). Ein 17jähriger Zögling einer Unteroffizierschule meldete sich am 13. Januar 1898 mit der Angabe, sich seit einiger Zeit müde und abgeschlagen zu fühlen; zeitweise leide er an Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, dabei sei ihm vermehrtes Harnlassen und sehr gesteigertes Durstgefühl aufgefallen, welche Erscheinungen er erst in dem eben abgelaufenen Weihnachtsurlaub an sich bemerkt habe. Anamnestisch, sowie aus den Aufzeichnungen der allmonatlichen ärztlichen Untersuchungen ergab sich, dass Pat. früher stets gesund gewesen sei; seine Mutter sei am Leben und gleich seinen 2 Brüdern gesund, sein Vater sei mit 43 Jahren an Wassersucht, deren Ursache Leberkrebs gewesen sei, gestorben. Status praesens: Genügend entwickelter, jedoch anscheinend in der Ernährung zurückgekommener junger Mann von blassem Aussehen und müdem Blicke. Haut trocken und spröde, die sichtbaren Schleimhäute blass. Herzfigur normal. Herztöne über allen Ostien kräftig, rein. Ueber den Lungen percutorisch nichts nachweisbar; links hinten unten zahlreiche Rhonchi, sowie kleinblasiges Rasseln hörbar, Zunge trocken, etwas belegt, kein Appetit, fortwährender Durst, Puls 78, klein und weich, Temp. 38,9°, Harnmenge 5500 ccm innerhalb 24 Stunden; Harnauffallend hell, sauer, specif. Gewicht 1030, kein Eiweiss, aber 4,9% Zucker. Therapie: Entsprechende Diät, Priessnitz um die Brust. — 14. Januar Temp. 38°, Puls 96; Polyurie und Polydypsie fortdauernd; Bronchitis unverändert; links hinten unter dem Schulterblattwinkel in Halbhandtellergrösse leichtes pleuritische Reiben. — 15. Januar Harnmenge 4000 ccm, specif. Gewicht 1035, Farbe hell, 5,8% Zucker; Lungenbefund derselbe. Temp. 39,5°, Puls

120, klein. Wein, Exoitantien. — 16. Januar wesentliche Besserung; Temp. auf 38° zurückgegangen, Puls 84, zwar noch klein und etwas gespannt, indessen wesentlich besser als Tags zuvor; pleuritische Reiben verschwunden, Bronchitis zurückgegangen, allenthalben Vesiculärathmen. Harnmenge 4000 ccm, specif. Gewicht 1025, Zucker 4%; Zunge stark belegt, rissig. Esslust grösser. In der Nacht vom 16. zum 17. Januar, Morgens 4 Uhr, plötzlicher Eintritt des ausgesprochenen Coma diabeticum unter rapidem Sinken der Herzkraft trotz Aether- und Campherinjectionen, Hautreizen etc. Coma 24 Stunden; dann Exitus letalis. Bei der Section fanden sich neben Gehirnanomalieen (Oedem, Hydrocephalus intern. etc.) Bronchitis, Hypertrophia et dilatatio cordis, subacute parenchymatöse und interstitielle Nephritis (grosse weisse Niere) und Atrophie des Pankreas (36 gr Gewicht statt 80 bis 100). Die subacute Nephritis bewies, dass das Leiden älteren, jedoch nicht monatelangen Datums gewesen sein muss. Sehr stark vermehrte Nahrungsaufnahme muss den Pat. in die Lage versetzt haben, die Haushaltungsbilanz herzustellen, um somit körperlich den Leistungen der Schule gerecht werden zu können, bis 4 Tage vor dem Tode, wie denn auch bei den allmonatlichen Untersuchungen stets eine Gewichtszunahme zu verzeichnen war. Aetiologisch mag der Tod des Vaters an Leberkrebs bezüglich der Heredität gewürdigt werden, jedenfalls prävalirt die nachgewiesene Pankreasatrophie, die ja vielfach für die Entstehung des D. verantwortlich gemacht wird, bei dem um mehr als die Hälfte verkleinerten Organ in sehr auffälliger Weise.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 36.)

**Ekzem.** Einen Fall von *Ekzema marginatum* hatte Dr. Hauck (Forst i. L.) zu beobachten Gelegenheit. Ein gesunder, kräftiger, 50-jähriger Mann bekam zwischen Scrotum und Oberschenkel beiderseits rothe, juckende, nässende, zum Theil mit Bläschen besetzte Stellen, die anfangs thalergröss waren und langsam in etwa 8 Wochen in Form einer Badehose die unteren Parthien des Bauches, die Nates,



Genitalien, den oberen Theil der Oberschenkel, die Gegend um den After ergriffen. Lassar'sche Paste, Dermatolpulver wirkten nicht. Es wurde dann folgende Therapie eingeleitet: Bettruhe, 3stündlich Umschläge mit

|                 |                            |               |
|-----------------|----------------------------|---------------|
|                 | <i>Ol. lin.</i> 50,0       | } bei Tag und |
|                 | <i>Aq. Calc.</i> 50,       |               |
|                 | <i>Acid. carbolic.</i> 1,0 |               |
| Nachts Zinköl { | <i>Zink. oxyd.</i> 60,0    | } auf Gaze    |
|                 | <i>Ol. Olivar.</i> 40,0    |               |

gestrichen aufgelegt. Nässen und Jucken liessen nach. Nach 4 Wochen täglich 1 Sitzbad mit Zusatz von Kal. permang., nasse Bepinselung mit

*Ol. fagi*  
*Ol. Rusci aa* 40,0  
*Spirit.* 20,0

dann wieder Sitzbad und endlich Bepuderung mit Bismuth. subnitr. und Talkstreupulver. Letzteres bewährte sich nicht, sodass über Nacht die Zinkölumschläge weiter gemacht wurden. Nach 6 Wochen bedeutende Besserung, vom E. nur Spuren sichtbar. Doch bald Recidiv. Wieder Umschläge mit Liniment. Calc. und dann nach Beseitigung des Nässens jene Theerbäder. Besserung. Die ersten Wochen nach Beginn des E. hatte Pat. Fieber, Appetitlosigkeit; nach 6 Wochen infolge von Thrombose der Vena femoral. Phlegmasia alba dolens, sodass die Bettruhe weiter eingehalten werden musste. Leichte Recidive kamen immer wieder; Arsen intern, Theerschweifelsalbe, Chrysarobinsalbe nützten nichts; man musste immer wieder zu obiger Therapie zurückkehren. Pat. suchte dann eine Naturheilanstalt auf, wo er eine Schroth'sche Kur durchmachte, Luft- und Sonnenbäder, ferner einfache Sitzbäder bekam, während local Lanolin und Talk. applicirt wurde. Seitdem kein Recidiv, das E. bis auf geringe Spuren verschwunden.

(Die ärztl. Praxis 1898 No. 17).

— **Heidelbeerextract (Extr. Myrtill.)** hat bekanntlich Prof. Winternitz vor einigen Jahren sehr empfohlen. Bei ihm lernte Dr. Daxenberger (Regensburg) die vorzügliche Wirkung dieses Mittels kennen und versuchte letzteres seit 2 Jahren selbst. Es bewährte sich vorzüglich

bei den verschiedensten Formen von E., besonders der Kinder, auch bei mykotischen Formen, bei kleineren Geschwüren der Haut und Schleimhäute, Rhagaden an Mundwinkeln, Augenlidern, Ohrläppchen etc. Nach sorgfältiger Reinigung der erkrankten Stellen und leichter Abtrocknung wird das Mittel (Syrupconsistenz) mittelst Haarpinsels applicirt (soll die Deckschicht stärker werden, so kann man noch mit einem indifferenten Pulver die Deckschicht bestreuen, so dass die Haut wie mit Lack überzogen erscheint); Eintrocknung erfolgt rasch und haftet die Schicht so fest, dass Verbände unnöthig sind und Erneuerung erst erforderlich ist, falls der 1. Anstrich defect, rissig wird. Auf diese Weise gelang es oft, E. in 24—25 Stunden zur Heilung zu bringen. Bei **Urticaria** und **Herpes zoster** hatte das Mittel eclatante schmerzlindernde Wirkung. Intern verabreicht bewährte es sich bestens bei **Darmkatarrhen** (acuten und chronischen), namentlich bei Kindern (kaffeelöffelweise als Zusatz zu Getränken, z. B. Thee). Die Löwenapotheke in Regensburg hält den durch Sterilisiren haltbar gemachten Extract in 2 Formen vorrätig: zu äusserlichem Gebrauch (mit Zusatz von Myrrh.) und zum internen (mit Zusatz von Acid. salicyl.).

(Aerztl. Rundschau 1898 No. 34.)

- **Hydrargyrumvasogen** ( $33\frac{1}{3}\%$ ) hat Dr. L. Hutschneker (Luzan) bei 3 Fällen von chronischem E. mit bestem Erfolg angewandt. Nach 3—5maliger Einreibung (in Zwischenräumen von 2—3 Tagen) vollständige Heilung.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 34.)

- **Naftalan** hat Dr. Thümler in der kgl. Gefangenenanstalt in Leipzig viel bei Hautaffectionen angewandt. Er hatte dabei vor allem Gelegenheit „die vorzügliche Heilwirkung des Mittels bei acutem und chronischem E. zu beobachten und zwar in allen Entwicklungsstadien des Ekzems; selbst ganz veraltete Ekzemfälle — sowohl des trockenen, als nässenden Ekzems — sind in überraschend schneller Zeit radical geheilt worden“. Bei Behandlung der Scabies hat Autor mit Naftalan keine schnellere Wirkung beob-

achtet, als mit dem seit Jahren verwendeten 5%igen Creolinöl. Dasselbe gilt von einigen Sykosisfällen, die nicht anders beeinflusst wurden, als durch die sonst gebräuchlichen Mittel.

(Münchener med. Wochenschrift 1898, No. 35).

- Einen **hautfarbenen Puder (Pulvis cuticolor)** wendet Unna seit einer Reihe von Jahren bei Affectionen unbedeckter Körperstellen an.

Rp.

*Zink. oxyd. 2,0*

*Magnes. carbonic. 3,0*

*Bol. alb. 3,0*

*Bol. rubr. 2,0*

*Amyl. oryz. 10,0*

S. Durch altes Leinen gebentelt, aufzutragen.

Dieser ganz unauffällige Puder thut sehr gute Dienste, vor allem bei seborrhoischen Ekzemen des Gesichts (aber auch bei Rosacea und Hyperidrosis oleosa). (Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898 Bd. 27 No. 5.)

### **Hemieranie. Einen Apparat zur mechanischen Behand-**

**lung des Kopfschmerzes** („Migränector“, Firma Schönlin & Co., München) empfiehlt Dr. L. Sarason (Hannover). Ausgehend von der alltäglichen Erfahrung, dass an Kopfschmerz Leidende, um den Schmerz zu lindern, fast instinctiv mit den Händen einen Druck auf gewisse Stellen des Kopfes, meist auf beiden Schläfen, ausüben, hat er diesen Apparat construirt, bestehend aus 2 den Schläfen entsprechend geformten Pelotten, welche durch eine verstellbare Feder kräftig gegen die Schläfen angedrückt werden. Der feste Druck wird von den Pat. wohlthuend empfunden, ausserdem bewirkt die Compression der Aa. temporales eine heilsame Regulirung der Blutcirculation im Kopfe, namentlich bei angioparalytischer H. In zahlreichen Fällen hat sich dem Autor sein Apparat bewährt.

(Therap. Beilage No. 9 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1898.)

- Ueber **Aetiologie und Behandlung der H.** theilt Dr. J. W. Frieser (Wien) seine Erfahrungen mit. H. kommt als selbständige Krankheit primär fast nie vor,

wenn auch in manchen Fällen eine hereditäre Veranlagung mit Recht angenommen werden kann, wie Autor aus 3 Beobachtungen schliesst, die eine hereditär veranlagte H. betrafen. In der weitaus grösseren Anzahl der Fälle liegen andere Grundkrankheiten vor, welche H. veranlassen. So anaemische Zustände, Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane (besonders Lageveränderungen des Uterus), Otitis media chron., chron. Katarrhe der Tuba Eustachii, Nasenaffectionen (z. B. Polypen), besonders häufig ferner dyspeptische Störungen, chron. Obstipation, Dilatatio ventriculi, chronische Magenkatarrhe, Caries dentium (wohl durch Hineingelangen von Fäulnisstoffen in den Magen), endlich geistige Ueberanstrengungen (Schulkinder!); auch Kopftraumen und heftige psychische Alterationen können Anlass zu H. geben. In den beiden letzteren (seltenen) Fällen bietet natürlich die Aetiologie keine Handhabe zu therapeutischem Handeln, in den übrigen Fällen aber kann nur eine Beseitigung der Grundübel, die Fortschaffung der veranlassenden Momente die H. dauernd zum Verschwinden bringen. Bis dahin muss man die Anfälle zu lindern suchen, was Autor am besten mit Menthol. valerianic. erreichte:

Rp.

*Menthol. valerianic. 5,0**Aq. dest. 25,0**Syr. Capillor. Vener. 30,0*

D. S. 2 stündl. 15 Tropfen.

Bei abnorm verengter Pupille ist das Coffein sehr zu empfehlen:

Rp.

*Coffein citric.**Menthol. aa 0,5**Chinin. 1,0*

Div. in Dos. No. X.

S. 2 stündl. 1 Pulver.

Bei abnorm erweiterter Pupille verlohnt sich ein Versuch, Aether zu inhaliren (1—2 Tropfen aufs Taschentuch getropft).

(Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 35.)



**Laryngitis.** Ueber *L. exsudativa* referirte Prof. Schech (München). Man versteht darunter eine Reihe von Affectionen, bei welchen es auf der Schleimhaut theils zu Exsudation geringerer oder grösserer Mengen von in Bläschen oder Blasen eingeschlossener Flüssigkeit, theils zur Hyperämie mit geringer seröser Imbibition und Schwellung kommt. Während man früher zweifelte, ob auf den Schleimhäuten des Respirationstractus überhaupt und auf der Kehlkopfes speciell die gleichen Eruptionen vorkommen, wie auf der äusseren Haut, weiss man jetzt, dass dies in der That der Fall ist. So bilden Miliaria kleinste hirsekorn- oder kaum stecknadelkopfgrosse Bläschen, welche besonders an Epiglottis und aryepigl. Falten sitzen und das Gefühl eines Fremdkörpers oder leichtes Brennen spontan oder bei der Nahrungsaufnahme verursachen (nicht zu verwechseln mit dem im Verlauf acuter oder chronischer Katarrhe an den drüsenreichen Theilen des Kehlkopfes sich öfters entwickelnden punktförmigen Unebenheiten, welche ektasirte Drüsen vorstellen). Diagnose stützt sich auf das meist gleichzeitige Ergriffensein der Haut. Prognose gut, da nie tiefere Läsionen, vielmehr stets Restitutio ad integrum. Therapie: Abhaltung von Reizen (namentlich von thermisch, chemisch oder mechanisch reizenden Speisen und Getränken), narkotische Einathmungen (Bromkali mit oder ohne Cocain resp. Eucaïn), bei sehr starken Beschwerden Avellis'sche Anginapastillen oder Cocain (resp. Eucaïn) local. Häufiger ist Herpes; selten im Larynx allein, meist gleichzeitig mit, nachher oder vor Ausbruch des Haut- oder Lippenrachenherpes. Oefters nach Erkältungen und rheumatischen Affectionen, bei Schnupfen, Angina und manchen Infectionskrankheiten (Scharlach, Masern, Typhus, Diphtherie, Pneumonie), bei Trigeminusneuralgien, nach Arsengebrauch etc. Fast stets vorher Allgemeinerscheinungen (Frost, Fieber, Unbehagen, Mattigkeit, Kopfschmerz, auch neuralgische oder gastrische Symptome) und erst 5—12 Stunden später die localen Erscheinungen in Mund, Rachen, Kehlkopf oder der äusseren Haut. Sitzen die Eruptionen am Kehldéckel, den Aryknorpeln oder aryepiglottischen Falten, dann Gefühl von Trockenheit, Kratzen, Stechen oder auch sehr heftige Schluckschmerzen; schlagen sie ihren Sitz im Kehlkopfinnern auf, dann Heiserkeit bis Stimmlosigkeit, Husten,



selbst Athembeschwerden. Objectiv im allerersten Beginn stecknadelkopf- bis linsengrosse, von einem Entzündungshof umgebene Bläschen mit wasserhellem oder gelbem oder milchig-eitrigem Inhalte; bei der grossen Hinfälligkeit dieser Bläschen sieht man sie selten, findet vielmehr weisse oder schmutziggraue, aphthen- oder diphtherieähnliche Auflagerungen, aus Epithelfetzen bestehend und nach einigen Tagen ohne Geschwür- und Narbenbildung heilend. Fast stets Nachschübe, sodass sich die acute Form über 1—2 Wochen hinziehen kann. Bei der chron. Form können die Attaquen theils mit, theils ohne Fieber beginnen und in Pausen, ja das ganze Leben hindurch bestehen. Diagnose leicht, wenn auch andere Regionen afficirt, sonst leicht Verwechslung mit syphilitischen Plaques oder croupös-diphtheritischen Auflagerungen oder Maul- und Klauenseuche oder acutem Pemphigus. Affection sehr schmerzhaft, daher vor allem reizlose, flüssig-breiige Kost, Versuch mit Eis und gekühlten Getränken, Einathmungen oder Insufflationen von Cocain, Eucain, Orthoform, auch Anginapastillen. M. Schmidt empfiehlt Bepudern mit Nosophen oder Thioform. Bei Fieber, Neuralgien: Phenacetin, Antipyrin, Salpyrin etc. Bei der chron.-recidivirenden Form jede Therapie vergeblich. Sehr selten Varicellen und Variola, meist gleichzeitig mit dem Hautexanthem zum Ausbruch kommend; doch auch bisweilen Kehlkopf früher ergriffen und mehr afficirt, als die Haut. Schwere Störungen der Deglutition, Respiration und Phonation bei Kindern, sodass sogar Tracheotomie nöthig werden kann, event. Erstickung erfolgt, die Prognose also stets zweifelhaft ist. Objectiver Befund bei Varicellen: linsen- bis erbsengrosse, theils flache, theils gewölbte Bläschen mit trübem Inhalt, nach Platzen weissgraue pseudomembranöse Auflagerungen, die sich in kreisrunde Ulcera verwandeln und ohne Narben heilen; bei Variola ähnliche Pusteln, wie auf der Haut, die Geschwüre heilen mit Narben. Desinfectirende und schmerzstillende Inhalationen und Einblasungen, event. Tracheotomie resp. Intubation. Auch bei Maul- und Klauenseuche unter mehr oder weniger heftigem Fieber, Delirien, Prostration und schweren gastrischen Symptomen in der Mundrachenhöhle oder auch am Kehlkopf kleine Blasen, welche platzen und zu Geschwüren werden. Pemphigus

kann sich einzig und allein im Kehlkopf localisiren, aber auch bei Erkrankung der Haut vorausgehen oder nachfolgen. Beginnt mit (in chron. Fällen ohne) Fieber, mit (oder ohne) Allgemeinerscheinungen, welchen nach einigen Stunden die localen Beschwerden, Kratzen, Stechen im Halse oder sehr beträchtlicher Schluckschmerz nachfolgen. Objectiv: linsen- bis markstückgrosse, schwappende Blasen mit wässrigem gelbem oder milchig- oder gräulich durchschimmerndem Inhalt. Rasch platzend, werden sie zu weissen, inselförmigen, runden, ovalen oder unregelmässigen Flecken und Auflagerungen, die nicht selten in der Mitte die blossliegende rothe Papillarschicht erkennen lassen. Auch hier oft Nachschübe, manchmal durch Jahre. In der Regel heilen die Eruptionen ohne Geschwüre und Narben, doch kann es auch zu solchen, wie zu starker Verdickung der Schleimhaut kommen, sodass Stenose entsteht. Prognose ungünstig, weil es kein Mittel giebt und bei langer Dauer Erschöpfung, Marasmus eintritt. Locale Behandlung wie oben. Urticaria kann ebenfalls, an Epiglottis und Lig. aryepigl. sitzend, brennende Schmerzen beim Schlucken, Räusperbedürfniss, event. sogar Athembehinderung (Riesenurticaria!) machen, bei Betheiligung der Stimmbänder, Hinterwand etc. Heiserkeit und Dyspnoë. Hier wie bei dem ebenfalls im Kehlkopf vorkommenden Lichen ruber planus und Impetigo herpetiformis gleichen die Eruptionen denjenigen auf der Haut; Beschwerden, Localtherapie etc. bewegen sich in denselben Normen, wie oben mehrfach geschildert. Das gleiche ist der Fall beim Erythema nodosum und multiforme, welche Affectionen man auch mitunter im Larynx findet.

(V. Jahresversammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen in Heidelberg. — Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 26.)

**Neurasthenie.** Dr. Volkmuth (Königswinter) empfiehlt warm als Antineurasthenicum 1. Ranges das **Kolanin Dr. Knebel**, sei es in spirituöser Lösung als Tinctur, wie als Extract. spissum et siccum, namentlich aber als Pastilli Kolanini (Apotheker Krewel & Co., Köln). Kolanin wirkt nicht nur als Sparnahrungsmittel, sondern auch als bedeutendes Tonicum für die Muskel- und Nervensubstanz, sodass es gerade

bei den verschiedenen Formen der N., wo neben Dar-  
niederliegen der Muskel- und Nerventhätigkeit auch eine  
Beeinträchtigung der Ernährung stattfindet, die erspriess-  
lichsten Dienste leistet. Aber auch bei jeglicher Art  
physischer Arbeit, bei anstrengenden Beweg-  
ungen (Märschen, Bergtouren u. s. w.) kann es mit  
Vorteil benützt werden (auch als „Kolaninbitter“ der  
Firma Richarz in Siegburg). (Aerztl. Rundschau 1898 No. 31.)

**Rheumatismen.** Die Behandlung des chronischen Ge-  
lenkrheumatismus mittelst Stauungshyperämie em-  
pfeht aufs wärmste Prof. Dr. Bier (Kiel). Die Heiss-  
lufttherapie hat ja ebenfalls viel Erfolg aufzuweisen,  
ihre Wirkung beruht ebenfalls auf Hervorbringung  
bedeutender Hyperämie. Doch die Stauungshyperämie  
leistet noch viel mehr darin, die Erfolge sind weit  
bessere, oft überraschende. So war ein Patient,  
welchen ein sehr schmerzhaftes, versteiftes und verkrümmtes  
Kniegelenk zwang, mit einer Krücke zu gehen, ohne dass  
das kranke Bein zum Gehen gebracht werden konnte, nach  
2 tägiger Anwendung der Stauungshyperämie im Stande,  
ohne Krücke und Stock zu gehen und das Knie fast voll-  
kommen zu strecken, auch konnte er, der bisher die Finger  
einer Hand nur ganz wenig und unter Schmerzen bewegen  
konnte, dieselben nach zwei Tagen zur Faust zusammen-  
schlagen und zu allerhand Verrichtungen benützen. Frei-  
lich giebt es auch Fälle wo selbst diese Therapie versagt,  
aber selbst in ganz schweren Fällen mit bereits  
unheilbaren anatomischen Veränderungen wird  
meistens das erreicht, dass die Schmerzen  
nachlassen. In nicht sehr schweren Fällen ist  
der Heilerfolg sehr rasch zu erreichen, wenn  
man die Stauungshyperämie richtig einleitet,  
was aber trotz der Einfachheit der Methode oft genug  
nicht geschieht. Autor giebt daher nochmals einige An-  
weisungen, z. B. für Anwendung der Methode bei  
einem kranken Knie: Der Unterschenkel wird von  
den Zehen bis unterhalb des Kniegelenks mit einer Cam-  
briebinde, am besten doppelt, eingewickelt (damit sich  
nicht an gesunden Stellen unnöthig das Blut staut); ober-  
halb des Kniegelenks (auch oberhalb seiner oberen Aus-  
stülpung!) wird nun eine Gummibinde so fest und in so

vielen sich genau deckenden Gängen umgelegt, dass das Knie blauröthlich wird und anschwillt (damit die Binde nicht drückt, ist sie mit mehreren Gängen einer weichen Mullbinde unterfüttert). Man probirt in jedem Falle aus, wie weit man die Stauung treiben kann, denn je hochgradiger diese ist, um so besser wirkt sie. Aber das soll Alles ohne Schmerzen abgehen, im Gegentheil, das schmerzhafteste Gelenke wird meist schon nach einigen Stunden unempfindlich. Auch sollen die gestauten Glieder sich nicht kalt anfühlen. Kann man nicht gleich die nothwendigen hohen Grade der Stauung hervorrufen, so gewöhnt man die Patienten allmählig daran. Die unterfütternde Mullbinde muss ziemlich stramm angelegt werden, damit sie keine Falten wirft; ebenso muss der erste Gang der Gummibinde stärker angezogen werden als die darauffolgenden, weil sie sich sonst ebenfalls faltet. Die Binde soll bei schmerzhaften Gelenken die erste Zeit über dauernd getragen werden. Sind die Schmerzen geschwunden oder bedeutend gebessert, so applicirt man die Binde nur tagsüber oder nachtsüber (bei dauernder Benützung muss sie, um Druckwirkung zu vermeiden, etwa alle 12 Stunden an anderer Stelle angelegt werden, d. h. etwas über der obenbezeichneten Stelle, an die sie nach 12 Stunden wieder zurückkommt u. s. w. abwechselnd). Bei chron. Rheumatismus des Handgelenks sind meist auch die Fingergelenke erkrankt. Hier wickelt man Finger und Hand nicht ein, sondern legt einfach oberhalb des Handgelenks die Binde an. Niemals darf die Einwicklung das kranke Gelenk selbst mitbetreffen! Sind mehrere Gelenke eines Gliedes erkrankt, z. B. Fuss- und Kniegelenk, so beginnt man mit der Einwicklung erst oberhalb der Knöchel und lässt den ganzen Fuss und das Kniegelenk frei. Natürlich gehört Uebung auch zu dieser Methode, am Anfang muss man öfters die Sache kontrolliren. Macht man in den Gelenken stärkere Schmerzen, anstatt solche zu lindern, dann hat man etwas nicht richtig gemacht!

(Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 31.)

— **Salophen** ist nach Prof. Mosler bei acutem Gelenkrheumatismus sehr brauchbar, allerdings nicht von vornherein angewandt, sondern etwas später. Er com-



binirt die Salicylsäurebehandlung mit der des viel leichter verträglichen Salophens derart, dass, nachdem die Hauptsymptome durch grössere Dosen von Salicylsäure beseitigt sind, er nunmehr Salophen (2–3 gr pro die) verordnet, das längere Zeit, um Recidive zu verhüten, weiter gegeben wird. Das völlig geruch- und geschmacklose Salophen ist gänzlich frei von Nebenwirkungen auf Magen und Nerven, sodass Mosler es auch sonst mit Vorliebe benützt. So ist es ein werthvolles Mittel bei Chorea und bei Neuralgien, vorzüglich bei den im Verlauf der Tabes, Hysterie und Neurasthenie vorkommenden Gelenkschmerzen und Gelenkschwellungen.

(Greifswalder medic. Verein, 7. V. 98. —

Therap. Beilage No. 9 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1898.)

- **Salipyrin** bei gonorrhöischer Rheumarthritis und bei gewöhnlichen subacuten und chron. Gelenkrheumatismen mit sehr eclatanten Erfolgen angewandt hat Dr. A. Kronfeld (Wien); das Mittel (3 Mal täglich 1 gr) wirkte prompt auf den Schmerz und brachte die Affectionen sehr rasch zur Heilung. Unangenehme Nebenwirkungen begegnete Autor nie. Auch als Fiebermittel (z. B. bei Phthise) bewährte sich Salipyrin sehr gut.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 36.)

- **Naftalan** hat Dr. Thümler in der kgl. Gefangenenanstalt zu Leipzig bei Rh. vielfach angewandt. Sowohl bei acuten, wie bei chronischen Gelenkrheumatismen waren die Erfolge eclatante. Es wurden nicht nur die Schmerzen sehr schnell gestillt, sondern auch die Schwellungen und Exsudate durch die resorbirende Kraft des Mittels meist in auffallend kurzer Zeit beseitigt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 35.)

- **Einen Fall von interstitieller und parenchymatöser Myositis** (sogen. rheumatische Muskelschwiele) publicirt Dr. Bertelsmann (Neues Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf): Pat., ein 18 jähriger Mann, erkrankte zum ersten Male 1891 an Schmerzen in beiden Waden einige Tage, nachdem er übermässig lange Zeit im kalten Bade geblieben war; er hatte damals, wie er angiebt, in

jeder Wade einen auf Druck schmerzhaften Knoten, war im Gehen sehr behindert, verlor aber die Knoten auf Einreibungen. 1896 erkrankte er an demselben Leiden ohne besondere Ursache, dem Knoten in den Waden gesellte sich ein ähnlicher im rechten Vorderarme hinzu. Im letzten Winter hatte Pat. eine Zeit lang Ziehen in den Beinen, Knoten bemerkte er nicht. Am 1. April kam Pat. in's Krankenhaus; er hat einige Wochen sich matt gefühlt und seit längerer Zeit gehustet. Beiderseitige *Affectio apicis*, keine Bacillen. Am 24. April Klagen über Schmerzen im rechten Vorderarm. Im *Musc. supinator long.* ungefähr in dessen Mitte ein kleinwallnussgrosser, holzharter, rundlicher, am oberen und unteren Ende spindelförmig zugespitzter Knoten, mit dem Muskel verschiebbar und auf Druck sehr schmerzhaft; beim Verschieben auf der Unterlage leises Knirschen. Am Nagelbett des Mittelfingers hatte Pat. beim Nagelschneiden eine kleine, unverdächtig aussehende Verletzung acquirirt. Tags darauf klagte er über Schmerzen in beiden Waden und gab obige Anamnese an. Im *M. soleus* der linken Seite ein 3—4 cm langer, gut daumendicker, spindelförmiger Tumor, sich ganz so wie der am Arm beschriebene verhaltend (nur kein Knirschen!); rechterseits ein doppelt so dicker, etwas kürzerer Tumor im medialen Kopf des *Gastrocnemius* von derselben Beschaffenheit. Am 26. Mai klagte Pat. über Schmerzen im linken Vorderarm; hier im *Musc. extensor carpi radial.* kleinwallnussgrosser Tumor, etwas weicher und schmerzhafter, als rechterseits. Kein Fieber (später bewirkte der fortschreitende Lungenprocess solches!). Function der Hände fast unbehindert, nur wenn Pat. bei geschlossener Faust die Hand volar flectirte, heftige Schmerzen im Vorderarm. Beide Füße wurden stets spitzwinklig, also in einer Stellung, welche die Ansatzpunkte der ergriffenen Muskeln einander näherte, gehalten; stellte man den Fuss rechtwinklig zum Unterschenkel oder überstreckte ihn, Schmerzen; in den letzten Tagen beiderseits Fussclonus. Elektrische Untersuchung: Leichte Herabsetzung der Erregbarkeit beider ergriffenen Armmuskeln, sowohl bei directer Reizung, wie bei solcher vom

Nerven aus für galvanische und faradische Reize, stärkere Herabsetzung für diese beiden Reize an den Unterschenkeln, keine Verlangsamung der Zuckungen, Sensibilität intact. Da wegen der Fingerwunde die Diagnose nicht ganz gesichert war, schnitt Autor am 27. Mai unter Schleich auf den Knoten im linken Vorderarm ein. Haut und Unterhautzellgewebe erwiesen sich als völlig normal. Erst nachdem die Fascie durchschnitten und die Musculatur freigelegt war, sah man im Extensor carpi radial. long. einen stark haselnussgrossen, prominenten, grau-weisslich-röthlichen, durchscheinenden Tumor. Schwellung und Verfärbung gingen diffus in das normale Gewebe über. Die Verfärbung war so, dass in den Muskelinterstitien sich grauweisse, durchscheinende Massen befanden, während die Musculatur hellroth und glasig aufgequollen erschien. Autor entfernte durch Keilexcision einen Theil der erkrankten Parthie. Mikroskopisch fiel zunächst der grosse Fibrinreichthum des erkrankten Gewebes auf; überall zog sich das Fibrin zwischen die Muskelinterstitien hinein. Ausserdem massenhafte Anhäufung von kleinen, roth gefärbten, runden Kernen: kleinzellige Infiltration. Die Muskelprimitivfasern hatten ihre normale Querstreifung theilweise eingebüsst und ein gequollenes, glasiges Aussehen; einzelne schienen hochgradig degenerirt. Es handelte sich also um ein acut entzündliches, fibrinreiches Exsudat unter Betheiligung der Muskelfasern selbst. Diese interstitielle parenchymatöse Myositis war zweifellos das Anfangsstadium der „rheumatischen Muskelschwiele“ und hätte wahrscheinlich dauernde Veränderungen gemacht. Die Wadenknoten hatten sich 3 Mal an derselben Stelle wieder gebildet und bewiesen grosse Hartnäckigkeit gegenüber der Therapie; Autor hält es daher für wahrscheinlich, dass jene sich nie völlig zurückgebildet haben, sondern dass seit der ersten Erkrankung 1891 Residuen bestehen geblieben sind, auf denen sich Nachschübe aufbauten. Ob „interstitielle Myositis ohne locale Ursache“, „rheumatische Myositis“, „rheumatische Muskelschwiele“ gleiche Processe bedeuten, ist die Frage; Klarheit wird erst die Feststellung der Aetiologie schaffen. Jedenfalls dürfte man sicher bei genauer Palpation jedes Falles

von Muskelrheumatismus auf derartige Veränderungen stossen. Uebrigens blieben die Tumoren unter feuchten Umschlägen längere Zeit sich ziemlich gleich. Seit dem 6. Mai wurde *Natr. salicyl.* gegeben. Sofort begannen jene sich zu verkleinern und der am rechten Vorderarm war nach 2 Mal 24 Stunden fast ganz verschwunden. Jetzt sind nur noch die Tumoren in der Wadenmusculatur fühlbar, aber auch viel kleiner als vor 8 Tagen. — Nachtrag. Die Wadenknoten waren am 26. Mai 1898 bis auf zwei härtere Stellen im Muskel verschwunden, Schmerzhaftigkeit und Functionsstörungen nicht mehr vorhanden, nur die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war noch etwas herabgesetzt. Am 21. Mai bildete sich im *Brachialis internus* des rechten Armes an der Ursprungsstelle des Muskels ein neuer Knoten, welcher die ganze Dicke des Muskels einzunehmen schien; auch das Periost der Vorderseite des unteren Humerusendes war mitergriffen, die Schmerzhaftigkeit wieder eine bedeutende, der Arm konnte nicht über einen rechten Winkel hinaus gestreckt werden. Temperatur während der Entstehung des Knotens völlig normal. Jetzt (27. Juli) noch härtere Stellen im *Extensor carpi radial. long. sinister* und in den früher angegriffenen Wadenmuskeln zu fühlen. In der Zwischenzeit hatten sich im *Flexor digit. commun. sublim. sin.* und *Triceps brachii sin.* noch zwei weitere Knoten gebildet, welche ebenfalls auf *Salicyl* und Massage zurückgingen. Die Temperatur während der Zeit, seit dem 20. Mai, andauernd normal, Körpergewicht um 13 Pfund zugenommen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 32.)

**Scabies.** *Eudermol* (*salicylsaures Nicotin*) hat Prof. Dr. M. Wolters (Universitätsklinik in Bonn) bei 67 Fällen von S. mit bestem Erfolge angewandt. Nach einem vorausgegangenen Seifenbade genügte bei 64 Pat. eine einmalige Einreibung (mit 0,1%iger Salbe), um das Jucken völlig und dauernd zu beseitigen; bei 3 Pat. war es auch nach der zweiten Einreibung noch nicht völlig geschwunden. Mit Ausnahme dieser 3, welche 6 Mal eingerieben wurden, fand 4 malige Anwendung der Salbe statt und wurden die Pat.



am 3., einige schon am 2. Tage geheilt entlassen. Im allgemeinen genügt 2 malige Einreibung, um die S. dauernd zu heilen, doch ist es, um sicher zu gehen, besser, 4 Mal die Salbe zu appliciren. Letztere wurde, selbst von Kindern, stets ohne Beschwerden und Intoxicationerscheinungen ertragen. Die Vortheile einer 0,1%igen Eudermolsalbe vor den bisher gebräuchlichen Mitteln sind also erhebliche: Keine Reizung, wie bei Naphthalin- oder Naphtholsalbe, Vlemingx'scher Lösung, Wilkinson'scher Salbe, keine Albuminurie, wie event. bei Theer und Naphthalin, keine Intoxication, wie manchmal bei Nicotianaseife, kein Geruch, wie bei Perubalsam, Naphthalin etc. Auch schmiert die Salbe nicht, greift die Wäsche nicht an und ist nicht theuer (1 gr 3 Mk., fertige Salben d. h. 100 gr, eine für Erwachsene hinreichende Menge 40—60 Pf.) Hersteller des Präparats: Chem. Fabrik Dr. Marquart in Beul a. Rh.

(Therap. Monatshefte 1898, No. 8.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber einen durch Myom bedingten eigenthümlichen Geburtsverlauf berichtet Dr. Otto Falk (Jena, Universitäts-Frauenklinik): Am 27. Juli v. J. wurde eine 36jährige VI para kreissend eingeliefert. 5 Mal ohne Kunsthilfe geboren, zuletzt 1894. Jetzige Schwangerschaft ohne Beschwerden verlaufen. Seit 24 Stunden aber mit beginnender Wehenthätigkeit eine zuerst schwache, allmählig stärker werdende Blutung. Pat. recht anaemisch, stark blutend. Wehenthätigkeit regelmässig, ziemlich kräftig. Fundus in Höhe der Magengrube. Gestalt des Leibes insofern auffallend, als sich eine quere Furche in Nabelhöhe sehen und als dem Uterus zukommend palpiren liess. Die äussere Untersuchung liess kindliche Theile nicht mit Sicherheit erkennen. Dagegen links unterhalb des Nabels kindliche Herztöne auscultirbar. Der Abschnitt des Uterus oberhalb der Furche fühlte sich auffallend hart an. Muttermund ganz hoch oben, direct hinter und oberhalb des Symphyse liegend, etwa für 3 Finger passirbar und mit ziemlich scharfem Saum versehen, ein Cervixcanal nicht mehr vorhanden. Hinteres

Vaginalgewölbe durch einen harten, runden Tumor vorgewölbt, der sich als Kindeskopf zu erkennen giebt; derselbe steht bereits in Beckenmitte. Aus dem Muttermund ragt nach vorn eine Parthie schwammigen Placentagewebes, zugleich mit einer in der Wehenpause schlaffen, während der Wehe wurstförmig sich vorwölbenden Fruchtblase, heraus. Wegen der Blutung Sprengung der Fruchtblase. Der in die Eihöhle nur mühsam einzuführende Finger tastet hinter dem freien Placentarande 2 Füsschen, während der Kopf vom Muttermunde aus nicht zu erreichen ist. Bei fortschreitender Eröffnung des Muttermundes, an der sich aber nur die vordere Lippe betheiligt, und bei immer lebhafter werdender Blutung aus der sich ablösenden Placenta werden die beiden Füße intrauterin angeschlungen, und in tiefer Narkose wird nun bei gleichzeitigem Zug an den Wendungsschlingen und Herausdrängen des Kopfes aus dem Becken die Wendung vollzogen. Geburt des Kindes bis zum Nabel dann spontan. Arm- und Kopflösung. Kind, leicht asphyktisch, wird wieder belebt; es war reif, 2850 gr schwer, Kopfumfang 33 cm. Wegen noch bestehender Blutung Versuch der Placentaexpression; die Nachgeburt wird aber nur zur Hälfte in der Vulva sichtbar, zur Hälfte adhaerirt sie noch an der Uteruswand und muss manuell entfernt werden. Absolut fieberfreies Wochenbett, Rückbildung des Uterus aber auffallend schlecht, was 20 Tage post partum bei einer Untersuchung erklärt wird, die einen Uterus myomatosus ergibt. Genaue Untersuchung erst 3 Monate nachher möglich. Ergebniss: Eine breite Portio nahe hinter der Symphyse; im hinteren Scheidengewölbe ein von der hinteren Uteruswand etwa an der Grenze zwischen Cervix und Corpus entspringender, recht harter Tumor tastbar, etwas über mannsfaustgross und über das kleine Becken emporhebbar; Corpus uteri vergrössert, offenbar durch multiple Myome, denn seine Oberfläche uneben und von verschieden harter Consistenz; die eingeführte 4 mm dicke Sonde liess eine Abweichung des Cavum uteri nach rechts erkennen und drang 9 cm in den Uterus ein. Dies Ergebniss lieferte also eine Erklärung jenes Geburtsherganges. Autor nimmt

an, dass das gestielte subperitoneale Myom der hinteren Uteruswand während der Schwangerschaft mit seinem grössten Abschnitt aus dem kleinen Becken emporgestiegen war. Es basirt diese Annahme einmal auf der Leichtigkeit, mit der man es jetzt emporheben konnte und dann auf der Thatsache, dass der Uterus normaler Weise mit dem unteren Abschnitt im 8.—9. Monat der Gravidität in die Höhe steigt. Woher aber das fast gänzliche Ausbleiben der Eröffnung des Muttermundes, sowie die starke Verdünnung der hinteren Cervixwand? Man muss annehmen, dass in einer bestimmten Phase der Geburt, nachdem der untere Abschnitt des Uterus theilweise zur Entfaltung gelangt war, die frühzeitig einsetzende Bauchpresse derartig auf das Myom und den Inhalt des Uterus eingewirkt hat, dass es zur Fixirung eines Punktes der hinteren Uteruswand zwischen Bauchmuskulatur und Uterusinhalt auf der einen, Myom und hinterer Körperwand auf der anderen Seite kam. Dann ist es verständlich, warum die Kraft der nun folgenden Wehen wohl den kindlichen Kopf als vorliegenden Theil tiefer herabdrückte, ein Verstreichen der hinteren Cervixwand aber nicht bewirken konnte. Diese wurde im Gegentheil durch den tiefer ins Becken herabtretenden Kopf immer mehr ausgedehnt, sodass sie schliesslich papierdünn dem kindlichen Schädel anlag. Erst nachdem der Kopf aus dem kleinen Becken in tiefer Narkose unter Ausschaltung der Bauchpresse emporgehoben, vermochten die Uteruscontractionen sich auch auf die Hinterwand der Cervix fortzupflanzen, sodass dann wenige Wehen genügten, um den Muttermund zu erweitern. Der Ausgang war hier ein sehr erfreulicher, bei einer späteren Gravidität könnte es anders sein (wesshalb der Frau auch dringend gerathen wurde, sich operiren zu lassen, was sie aber nicht will!); denn abgesehen davon, dass oft genug bei Uterusmyomen Abort eintritt, so kann auch bei weiterem Wachsthum solch ein Tumor ein absolutes Geburtshinderniss abgeben.

(Münchener medic. Wochenschrift 1888 No. 20.)

- Ueber **Kleidotomie** macht G. Kallinowsky (Thorn) Mittheilungen. Die Durchschneidung beider Schlüsselbeine beim räumlichen Missverhältniss zwischen Becken und Schulterumfang nach dem Vorschlag Phänomenoff's (1895) ist dann indicirt, wenn nach spontaner oder künstlich erfolgter Geburt des Kopfes ein Eintritt der Schultern in das Becken weder durch Druck vom Abdomen aus, noch durch Extraction bewirkt werden kann, und als Geburtshinderniss nicht etwa Missbildungen vorliegen. Die Operation wurde bisher ausgeführt 1 Mal von Phänomenoff, 1 Mal von Knorr (Berlin), 4 Mal von Strassmann (Berlin) und 1 Mal von Wolff. Schon 1893 war v. Herff in ähnlicher Weise vorgegangen, nur durchschnitt er zugleich die oberen Rippenpaare. Die Technik der Operation ist überaus einfach; mittelst einer Siebold'schen Scheere durchschneidet man Weichtheile und Knochen am besten möglichst in der Mitte der Clavicula (in der Praxis wählt man natürlich die am leichtesten erreichbare Stelle des Knochens). Dabei ist die Mutter keinen Verletzungen ausgesetzt, und auch die Frucht wird so wenig geschädigt, dass theoretisch die Entwicklung eines lebenden Kindes denkbar ist, wiewohl es sich meistens um abgestorbene resp. perforirte Kinder handelt. Die Vorzüge der Operation sind insbesondere die stets prompte Wirkung und die Schnelligkeit ihrer Ausführung. Die Diagnose des nicht erfolgten Schultereintritts lässt sich stellen, wenn der Kopf „kaum“ aus den Becken heraustritt, sodass man in der Vulva hoch mit dem Finger hinaufgehen muss, um an den Hals zu kommen; auf Zug folgt der Kopf wohl etwas, beim Nachlassen desselben federt er jedoch zurück, auch zeigt er keine Neigung, sich einem Schenkel der Mutter zuzudrehen.

(Inaug.-Dissert. Berlin 1898. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 37.)

- Ueber **Touchirhandschuhe** macht Prof. Döderlein (Tübingen) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Als solche eignen sich vorzüglich die von Friedrich auf dem letzten Chirurgencongress empfohlenen nahtlosen Condom-Gummihandschuhe der Firma Zieger & Wiegand (Leipzig-Neuschleussig, Sonnenstrasse 10). Sie sind imper-



meabel, leicht und sicher desinficirbar (strömender Dampf, kochendes Wasser), daher mehrfach zu verwenden, mit 1%iger Lysollösung befeuchtet, schlüpfriger als die Hände, und nicht theuer (Dutzend Mk. 18, in 3 Grössen). Autor liess sie seit Ostern d. J. auf dem Kreissaal bei allen Touchirungen (nicht selten solche 20—30 Mal bei einer Kreissenden) benützen, sodass seitdem keine unbedeckte Hand die Vagina berühren durfte. Die Handschuhe wurden  $\frac{1}{2}$  Stunde lang gekocht und in 1%iger Lysollösung aufbewahrt, dann zum Anziehen über die peinlichst desinficirte Hand noch mit 1%iger Lysollösung gefüllt. Die Touchirungen waren für die Kreissenden schmerzlos, für den Touchirenden leicht und sicher. Seither kein Fall von Temperatursteigerung im Wochenbett. Auch zur Vornahme geburtshilflicher Operationen (innere Wendung, Placentarlösung) bewährten sich die Handschuhe vortrefflich, die auch sicher den prakt. Aerzten zur Erleichterung ihrer Verantwortlichkeit willkommen sein dürften.

(Centralblatt für Gynäkologie 1898 No. 26.)

- **Bacterium coli bei der Entstehung von Wochenbettfieber** eine ätiologische Rolle spielen sah Schenk in 2 Fällen. Im ersten handelte es sich um criminellen Abort, der 2 Tage nach der Abrasio tödtlich endete. Aus der Placenta und dem Peritonealexsudat wurden Colonieen von Bacterium coli und Streptococcus gezüchtet. Im zweiten kam es nach normaler Geburt zu hochfieberhafter Erkrankung mit Puerperalgeschwüren an den kleinen Labien, es trat Heilung ein; aus jenen Geschwüren, sowie dem Uterussecret wurden Reinculturen von Bacterium coli nachgewiesen. Beide Beobachtungen (gemacht in der deutschen Universitätsklinik Prag) zeigen, wie auch im Puerperium das Bacterium coli zu fürchten ist. Uebertragen kann es vom Rectum her werden, desgleichen von der Urethra, wo es ebenfalls ständig sein Domicil hat. Ungeschicktes Manipuliren am After (Temperaturmessung, Palpation) kann leicht zur Infection führen, die aber, wie Fall 2 lehrt, nicht immer letal enden muss.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. 55, Heft 2.)

**Tabes dorsalis.** Einen Fall von intermittirender reflectorischer Pupillenstarre bei T. erlebte Dr. G. Treupel (Freiburg i. B., medicin. Klinik). Bei der 1. Untersuchung (1896) zeigten die Pupillen Reaction, im Jahre 1897 bei jeder Untersuchung reflectorische Starre und in diesem Jahre bis jetzt, so oft Pat. zur Untersuchung kam, prompte oder doch deutliche Reaction. Die übrigen Symptome der T. haben unterdessen unverkennbar zugenommen, das Leiden hat sich also im ganzen verschlimmert (2 ähnliche Fälle publicirte jüngst Eichhorst). (Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 35.)

— Ueber 3 Fälle von traumatischer T. berichtete Dr. Trömner. Im 1. Falle schloss sich die Erkrankung an einen Fall auf den Rücken mit Fractur des linken Mittelfusses an und begann erst mit vagen, dann mit lancinirenden Schmerzen im verletzten Gliede. Augenblicklich befindet sich Pat. im ataktischen Stadium, welches durch Ueberwiegen aller Erscheinungen, sowohl der motorischen, wie der sensorischen auf Seite der Verletzung, zumal im verletzten Körpertheil, besonderes Interesse bietet; ausser Hemihypästhesie und Hemihypalgesie besteht eine breite anästhetische Rumpfzone. Andere Ursachen als das Trauma lassen sich nicht nachweisen; allerdings erkrankte die Ehefrau vor einigen Jahren an einem Hirnleiden (vielleichtluetischem), er selbst aber liess weder anamnestisch noch objectiv Anhaltspunkte für vorausgegangene Infection bilden. Im 2. Falle erkrankte ein 44jähriger Postschaffner unmittelbar nach einem vor 6 Jahren erlittenen Falle vom Postwagen mit Verletzung beider Schienbeine, namentlich des rechten, zuerst mit Allgemeinbeschwerden, dann mit motorischer Unsicherheit zuerst im rechten Beine. Im weiteren Verlaufe gesellten sich die Symptome der Paralyse hinzu. Jetzt ist das rechte Bein ataktischer als das linke, und die anästhetische Rumpfzone reicht rechts weiter herab. Ausser einem Abort der Frau keine Verdachtsmomente auf Lues. Fall 3: 40jähriger Metallarbeiter erkrankte vor 2 Jahren nach einem heftigen Stoss gegen die rechte Ulna und Infraction derselben an Schmerzen im betr. Arm, Schwindel, geringer Unsicherheit im Gehen; Pupillen-

differenz, Lichtstarre, fehlende Achilles- und herabgesetzte Kniereflexe, geringe Unsicherheit der rechten Hand. Andere Ursachen fehlen; 2 kleine Penisgeschwüre ohne Secundärerscheinungen sind wohl als *Ulcera mollia* aufzufassen. Gemeinsames bei den 3 Fällen: Unmittelbarer oder fast unmittelbarer Anschluss der Erkrankung an das Trauma, Beginn der Beschwerden im verletzten Körpertheil und Mehrlocalisation der Erscheinungen hierselbst, Abwesenheit einer luetischen Infection. In letzterer Hinsicht fehlten zwar Verdachtsmomente nicht ganz, sodass man von vollständig rein traumatischen Fällen wohl nicht reden kann, im Sinne des Unfallgesetzes waren sie aber als traumatische T. zu bezeichnen, da sie die Kriterien solcher aufwiesen und der Nachweis von luetischen Antecedentien nach Ansicht des Autors bei Unfallbegutachtung belanglos ist.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 9. Mai 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 33.)

**Tetanus.** Einen Fall von T. aus seltener Ursache schildert Dr. Bandisch (Lasdehnen). Der 50jährige Pat. (Gärtner) zeigte heftigen Trismus, Andeutung von Opisthotonus, clonische Krämpfe im Bereich der unteren Extremitäten, Hyperästhesie und stark gesteigerte Reflexerregbarkeit. Pat. litt schon seit Jahren an cariösen Zähnen; hatte er Zahnschmerzen, so pflegte er mit einem Holzsplitter, den er immer mehrmals benützte und in der Westentasche trug, so lange in dem Zahn herumzubahnen, bis Blut floss. Solches hatte er auch vor einer Woche gethan und bereits am folgenden Morgen die ersten Beschwerden beim Mundöffnen bemerkt. Beim Herumbohren im Zahn war Pat. gerade mit Gartenarbeiten beschäftigt gewesen, so dass es leicht möglich ist, dass etwas Gartenerde, die ja so oft Tetanuskeime enthält, in die Pulpawunde gelangt ist. Im Munde bemerkte man ausser dem cariösen Zahn nichts Abnormes. Autor extrahirte jenen in Narkose, sonst nur symptomatisch behandelt. Schon am nächsten Tage deutliche Besserung der Symptome, all-

mäßig Heilung. Nun wäre vielleicht ein ziemlich leichter Fall von T. traumaticus auch spontan geheilt, auffallend aber war es immerhin, wie nach Entfernung des inficirten Zahnes sofort die clonischen Zuckungen nachliessen und überhaupt der Umschwung sich geltend machte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 31.)

**Tumoren.** Die Behandlung der venerischen (spitzen) **Papillome mit Resorcin** empfiehlt warm Dr. Silbermünz, falls aus irgend einem Grunde ein operativer Eingriff nicht gemacht werden kann. Einzelne und gestielte T. werden mit Resorcin bestreut und dann verbunden, saftige, niedrige, diffuse T., namentlich wenn sie sich an Stellen mit reichlicher Secretion (Praeputium, Glans, After, Schleimhäute etc.) befinden, mit 20—50%igen Lösungen von Resorcin in Collodium (und dafür event. Traumaticin) bepinselt, wodurch jene sehr bald schrumpfen, grau werden und sich leicht mit dem Collodium abheben lassen (man bepinsele auch des gesunde Gewebe der Umgebung im Umkreis von  $\frac{1}{2}$  cm); zur vollständigen Heilung genügen 3—4 Bepinselungen mit 20%iger Lösung (stärkere Lösungen nur bei derber Haut und verhornten T.) Bei beginnenden Papillomen 2—3 Tage Umschläge mit 2%iger Resorcinlösung zur Abheilung genügend. Zur Vermeidung von Recidiven: Abwaschungen der Haut mit  $\frac{1}{2}$ %iger Resorcinlösung und Resorcinsalicylseife und folgendes Streupulver:

Rp.

*Resorcin. 2,0*

*Zink. carbonic.*

*Bismuth. subnitr. aa 9,0*

*Talk. venet. 80,0*

S. Streupulver.

(Eschenhedschnik, Medicinskoë Obosrenie 1898 Bd. 49. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 Bd. 60.)

— Einen interessanten **Beitrag zur traumatischen Entstehung von T.** liefert Dr. Habel (Camenz). Am 7. Mai 1898 kommt ein junger, blühender, 22 Jahre alter Eisenbahnarbeiter taumelnd und mit Klagen über Schwindel und heftigen Kopfschmerz. Aufnahme ins Kranken-



haus. In den ersten Tagen nur Kopfschmerzen und Schwindel, sonst keine Klagen, keine Erscheinungen (Pat. will nur 2 Tage vorher zu Haus Erbrechen gehabt haben), stets Temp. unter  $37^{\circ}$ , keine Anomalie des Pulses, der Motilität, Sensibilität, Reflexe etc. Nach einer energischen Blutentziehung auffallende Besserung. Am 29. Mai Doppelsehen nach oben. In der Nacht vom 1. zum 2. Juni, nach ganz leidlich ohne wesentliche Beschwerden verbrachtem Tage, klagt Pat. plötzlich über unerträglichen Kopfdruck mit Neigung zu Erbrechen, fällt in die Kissen zurück und stirbt. Die Anamnese ergab noch Folgendes: Pat. war vorher nie wesentlich krank gewesen, erst Herbst 1897 als völlig gesund vom Militär entlassen worden. Kurz vor Weihnachten 1897 fiel er auf den Hinterkopf auf die hart gefrorene Erde heftig auf, stand aber sofort auf, zeigte ausser einer kleinen Kopfwunde und etwas Kopfweh nichts Besonderes, klagte auch später über nichts, bis am 26. Mai 1898 so heftige Kopfschmerzen eintraten, dass er Tags darauf ärztliche Hilfe nachsuchte. Pat. soll einige Zeit vorher etwas unsicheren Gang und Haltung gezeigt haben, verrichtete aber dabei prompt seine Arbeit. Die Gehirnsection ergab Folgendes: Sehr blutreiche Kopfschwarte, nach Abhebung des blutreichen Schädeldaches enorme Blutfülle (flüssiges Blut) aller Gefässe und Sinus der Dura und Pia mater; sämtliche Ventrikel stark mit seröser Flüssigkeit angefüllt; die rechte Hemisphäre des Kleinhirns umgewandelt in eine Cyste, Flüssigkeit seröser Natur etwa 1 Tassenkopf enthaltend; nach Aufschneidung und Entleerung der Cyste präsentirte sich ein von der übrigen Gehirnsubstanz wegen seiner Härte und Derbheit sich abhebendes und leicht aus der übrigen Gehirnmasse isolirbares Gebilde, gewissermaassen die Decke der Cyste bildend. Dies Gebilde schickte Autor an das Patholog. Institut in Breslau, von wo Prof. Ponfick folgenden Bescheid schickte: „Darüber kann kein Zweifel sein, dass der vorliegende Gewebsabschnitt einer von Grund aus veränderten Gehirnsubstanz angehört. Und zwar gruppirt sich das veränderte Gebiet ganz deutlich um einen obsoleten Bluterguss herum; denn hier liegt viel

altes Pigment, verdichtetes Nervengewebe, ein Gewirr geschlängeltes und in ihrer Wand verdickter, grösstentheils veränderter Blutgefässe und Aehnliches. Weiterhin folgt auf so weite Strecken, als ich überhaupt zu Gesicht bekommen, ein sehr zellenreiches Substrat von solcher Vielgestaltigkeit der einzelnen Elemente, dass ich ein Gewächs anzunehmen gezwungen bin. Die letzt geschilderten Parthieen lediglich als Folge der traumatisch-reactiven Entzündung anzusehen, geht nicht an, theils im Hinblick auf die Vielgestaltigkeit der Zellen, theils darauf, dass hier all jene regressiven Veränderungen fehlen, welche im Centrum noch heute so charakteristisch hervortreten. Alles in Allem trage ich sonach kein Bedenken, mich nicht nur dafür auszusprechen, dass ein Neoplasma vorliegt sondern dass es sich auch um einen Bluterguss herum entwickelt habe. Die von Ihnen erwähnte Thatsache, dass eine cystische Umbildung des Kleinhirns in beträchtlichem Umfange dageswesen sei, steht mit einer derartigen Auffassung nicht in Widerspruch; denn man kann sich sehr wohl vorstellen, dass ein Theil des Blutergusses sammt dem von ihm zertrümmerten Hirngewebe resorbirt worden sei und so eine Cyste zurückgelassen habe, während er an einer anderen Stelle zu faserig-narbiger Umwandlung und an einer dritten zu einer so lebhaften Wucherung Anlass gab, dass die Anfänge eines Neoplasma sich kundgaben.“ Es lag demnach hier das allererste Entwicklungsstadium einer noch nicht differenzirten Neubildung infolge eines Traumas vor! Hätte Patient länger gelebt, so hätte sich der Tumor differenzirt und es wäre später sehr schwer zu entscheiden gewesen, ob der Unfall die Ursache gewesen sei.

(Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1898 No. 15.)

- Ein **multiples, spontanes Keloid der Zehen** beobachtete Privatdocent Dr. Ranneft (Groningen). Im Mai 1897 wurde ihm ein einjähriges Mädchen zugeführt, welches seit dem ersten Lebensmonat 2 T. aufwies. Anfangs klein, wuchsen dieselben bis vor einiger Zeit, machten aber offenbar dem sonst ganz gesunden Kinde *keinerlei* Beschwerden. An der 3. Zehe des linken

Fusses an der Dorsalseite des 2. Gliedes eine quergestellte, 12 mm lange, 9 mm breite, etwa 4 mm das Niveau der Haut überragende Neubildung, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt und an der Basis etwas eingeschnürt, mit den tiefer liegenden Schichten aber innig verwachsen; Oberfläche intact, glatt glänzend, blass rosa, von derber, elastischer Consistenz, die bedeckende Epidermis nicht faltbar. An der Dorsalseite des 2. Gliedes der 4. Zehe ähnlicher Tumor (7, 12, 4 mm). Beide T. völlig schmerzlos. Gar kein Trauma vorausgegangen! Elektrolytische Behandlung: in 3 Sitzungen (19., 22., 30. Juni) wurde die mit dem negativen Pol verbundene Nadel an verschiedenen Stellen an der Basis des T. durchgestochen (positiver Pol aufs Knie) und ein Strom von 3—4 M. A. 2 Minuten durchgeführt. Die behandelten Parthien verschorften und fielen ohne Eiterung ab. Am 16. Juli T. ganz verschwunden unter Zurücklassung glatter Narben. Bis jetzt (12 Monate) kein Recidiv. — Sind schon Keloide, besonders multiple, spontan äusserst selten, so ist ein solcher therapeutischer Erfolg fast ein Unicum. Die Behandlung gilt sonst als aussichtslos, Recidive waren die Regel, Heilung schien höchstens durch Amputation oder frühzeitige Exarticulation der Zehen möglich zu sein. Obiger Fall zeigt, dass event. ein einfacheres Mittel des Versuches werth ist.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 30.)

- Ein **Lipom im äusseren Gehörgang** fand bei einem Manne O. Bull vor. Der Tumor hob das Gehör an dem betreffenden Ohr vollständig auf, welches aber sofort nach Entfernung jenes wiederkehrte.

(Norsk Magaz. for Lægevid. Februar 1898. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1898 No. 30.)

- Ein **Rundzellensarkom des Ovariums** von Mannskopfgrösse entfernte Dr. Röhring einem 13jährigen Mädchen. Metastasen fanden sich nicht, nur mässiger Ascites. Der Tumor war rasch gewachsen.

(Biolog. Abtheil. des ärztl. Vereins Hamburg, 21. Juni 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 30.)

- Ueber den **latenten Oesophaguskrebs** spricht Prof. Leichtenstern und zeigt an einer Reihe klinisch und anatomisch eingehend untersuchter Fälle, dass die völlige Latenz des Oesophaguskrebses (Fehlen aller Schlingbe-

schwerden und eines Sondirungshindernisses) nicht so selten ist, als man annimmt. Die Vorstellung, dass schon ein relativ kleiner Krebsherd der Speiseröhre, bei den Caliberverhältnissen derselben, Schluckbeschwerden hervorrufe, ist durchaus unrichtig. Im Gegentheil können umfangreiche Krebstumoren ohne alle Erscheinungen von Dysphagie vorhanden sein. Wie sich Autor in einer ganzen Reihe derartiger Fälle anatomisch überzeugte, tritt die Latenz unter solchen Umständen dann ein, wenn der Speiseröhrenkrebs, gleichgültig wie gross seine Längsausdehnung ist, in der ganzen Länge noch einen kleinen, etwa 1 cm breiten Theil der Oesophagusschleimhaut frei lässt. Durch diese schmale, sehr dehnbare, krebsfreie Rinne gleiten die Ingesta ohne Hinderniss in den Magen, und auch die Sonde geht mit Vorliebe diesen Weg. Je früher das Carcinom die ganze innere Peripherie der Speiseröhre in Beschlag nimmt, desto früher macht es Schlingbeschwerden. Autor demonstrirt das frische Präparat eines derartigen Falles, wo trotz einer Längsausdehnung des Carcinoms von 9 cm bis zum Tode niemals die geringsten Schluckbeschwerden bestanden, weil eben noch eine 1 cm breite Rinne in der ganzen Längsausdehnung intact geblieben war.

(Allgem. ärztl. Verein zu Köln, 9. Mai 1898. —  
Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 34.)

- Zur Casuistik der **miliaren Carcinomatose** führt W. Mlodsejewski folgenden Fall an: Eine 51 jährige Frau wurde wegen rasch fortschreitender Kachexie in's Spital gebracht. Für die Kachexie liess sich eine Ursache nicht eruiren. Kurze Zeit vor dem Tode klagte Pat. über starke Schmerzen in den Beinen, dabei stellte sich so starke Hyperästhesie ein, dass selbst leises Anrühren schon Schmerzen hervorrief. Bei der Autopsie fand man die Pia des Hirns mit zahlreichen, kleinen, runden Knötchen besäet, die sich als kleinzellige Carcinome erwiesen; dieselben waren am zahlreichsten in der Nähe der sensiblen Wurzeln. Auch auf der Pleura und Leber stecknadelkopf- bis hirsekorn-grosse Knötchen. Nirgends primäres Carcinom auffindbar.

(Medicinskoje Obozrenje, Mai 1898. —  
Revue der Russ. med. Zeitschriften 1898 No. 7.)



- Ueber **Psychosen bei Carcinomkachexie** berichtet Dr. A. Elzholz (Psychiatr. Klinik von Prof. v. Wagner). Das seltene Ereigniss, dass sich bei Carcinom sub finem vitae Psychosen entwickeln, konnte er 3 Mal beobachten. I. Ein 58 jähriger Mann erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen eines hallucinatorischen Delirs, das in mehreren Nächten wiederkehrte. Darauf zwei Tage lang Verwirrtheit. Nach weiteren 4 Tagen besteht Apathie, intellektuelle Abschwächung, aber Klarheit und Krankheitseinsicht. In der folgenden Zeit Nachts wieder Hallucinationen und Delirien, bei Tag ist Pat. klar. Endlich geht der Unterschied im psychischen Verhalten zwischen Tag und Nacht verloren, es treten mussitirende Delirien auf, die bis zu dem 2 Monate nach Auftreten der Psychose erfolgten Tode anhielten. Die Obduction ergab ein epidermoidales Bronchialcarcinom auf der Basis einer alten tuberculösen Caverne, mit Krebsmetastasen in den bronchialen und mediastinalen Lymphdrüsen, Compression des rechten Vagus, Metastasen in der Wirbelsäule; das Hirn ohne auffällige Veränderungen. II. Eine 49 jährige Frau erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen der hallucinatorischen Verworrenheit, die durch eine Woche anhielt. Später wurde Pat. wieder klar, jedoch bestand erhöhte Reizbarkeit. Nach wenigen Tagen depressive Verstimmung, die vorübergehend einem tobsüchtigen Anfälle wich. Nach zwei Tagen neuerliche Beruhigung und Klärung, Krankheitseinsicht; für den Aufregungszustand besteht Amnesie. Dann neuerdings schwere Verwirrtheitszustände abwechselnd mit Phasen relativer Klarheit, keine Hallucinationen. Sub finem vitae Pat. dauernd verwirrt, unbesinnlich, lärmend. Somatisch Zeichen eines Lebercarcinoms mit allgemeinem Icterus. Obduction: Exulcerirendes Carcinom im Pylorus mit Compression des Ductus choledochus und Dilatation des grossen Gallenganges; im Gehirn nichts. III. Bei einem 60 jährigen Mann, der seit längerer Zeit ein Carcinoma recti hatte, dessentwegen ein Anus praeternaturalis angelegt worden war, traten wenige Tage nach dieser Operation psychische Störungen auf. Die Geistesstörung dauerte bis zum 2 Monate später erfolgten Tode an. Auch hier hatte sie intermittirenden Charakter; neben Zeiten relativer Klarheit, in denen Pat. über die Entwicklung seines Leidens Auskunft geben

konnte, für einzelne Momente der geistigen Störung volle Einsicht hatte, jedoch eine gewisse geistige Erschöpfbarkeit aufwies, fanden sich, insbesondere Nachts, Zustände schwerer Verwirrtheit mit Unruhe, Ideenflucht, flüchtigen Wahnideen. Erst sub finem vitae dauernde Verworrenheit. Während der klinischen Beobachtung anfänglich remittirendes Fieber mit geringen Temperatursteigerungen, später continuirliches Fieber. Obduction: Chron. Oedem der Hirnhäute, kleiner, circumscripiter, ganz oberflächlicher Erweichungsherd, entsprechend dem untersten Antheil des rechten Gyrus occipito-tempor. med. et later., verjauchendes Carcinom des Rectums mit jauchiger Periproctitis und Phlegmone in den beiderseitigen Leistendrüsen, Emphysem der Lunge, Atherose der Coronararterien, fettige Degeneration des Herzens mit excentrischer Hypertrophie des rechten Herzventrikels, parenchymatöse Nephritis. — Fall II und III zeigen also in somatischer Hinsicht Complicationen. Im II. Falle bestand ausser dem Carcinom Icterus. Letzterer konnte aber nicht Ursache der Psychose sein, da die bei ihm vorkommenden Psychosen anders geartet sind. Im Fall III finden wir Nephritis und Eiterung, erstere jedenfalls Folge der letzteren; Eiterung und Psychose zeigten jedoch in ihrem Verlauf und in ihrer Intensität Incongruenzen, sodass Autor auch hier das Carcinom als wahrscheinliche Ursache der Psychose ansieht. Als weitere Stütze für die Annahme, dass auch in diesen beiden Fällen das Carcinom die Störung im Centralnervensystem verursachte, kommt noch der Umstand in Betracht, dass bei denselben im Rückenmark Veränderungen sich constatiren liessen, die den von Lubarsch bei Carcinom beschriebenen Alterationen entsprächen: Degenerationen in einzelnen Fasern der hinteren Wurzeln, desgleichen Degenerationen einzelner Fasern der Hinterstränge und Seitenstränge, in letzteren insbesondere in deren dorsalen Antheilen; bei pyämischen und septischen Processen sind bisher ähnliche Degenerationen nicht beschrieben. Man muss also annehmen, dass die im Blute Carcinomatöser kreisenden Schädlichkeiten in ähnlicher Weise, wie sie im Rückenmark zu anatomischen Läsionen führen, im Grosshirn, vor allem in seiner Rinde, functionelle Störungen setzen. Für die

gemeinsame, aetiologische Basis spricht ferner die Uebereinstimmung des Krankheitsbildes der 3 Fälle: Zunächst das eigenthümliche Verhalten des Bewusstseins. Es wechseln Zeiten relativer Klarheit mit solchen schwerer Verworrenheit ab; während der Remissionen der psychischen Störung macht sich grosse psychische Erschöpfbarkeit geltend; in der affectiven Sphäre beherrscht, namentlich während der Zeiten der Verworrenheit, depressive, ängstliche Stimmung das Bild. Plötzlicher Anfang; im Beginn Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, die zu Delirien verarbeitet wurden und die Quelle bildeten für die während der Exacerbationen der psychischen Störung geäußerten flüchtigen Wahnideen depressiven Inhalts. Somatisch die Zeichen schwerer Kachexie. — Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Carcinom und Psychose lassen sich nur Vermuthungen aussprechen. Bei Carcinom des Intestinaltractus wäre Autointoxication durch den gestörten Chemismus denkbar. Bei anders localisirten müsste man daran denken, dass durch Auftauchen von Krebszerfallproducten es zu einem vermehrten Abströmen der Lymphe aus dem Gewebe in die Blutbahn kommt, was, aufs Gehirn übertragen, einer Entziehung des für den Ersatz erforderlichen Ernährungsmaterials der psychisch functionirenden Gehirnthetheilen gleichkäme; auch die Möglichkeit, dass die Psychosen Wirkungen eines im Blute circulirenden, eigenen Krebsgiftes seien, wäre heranzuziehen.

(Jahrbücher f. Psychiatr. 1898 Bd. 17. —  
Neurolog. Centralblatt 1898 No. 17.)

### **Vitia cordis.** Ueber toxische Delirien bei Herzkranke

lässt sich Prof. Dr. Eichhorst (Zürich) aus. Bekanntlich ist die häufigste Ursache der bei V. eintretenden Herzmuskelinsufficienz und Stauung eine Ueberanstrengung des Herzmuskels. Lässt man solche Pat. ruhig mehrere Tage lang im Bette horizontale Rückenlage einnehmen, so erlebt man oft ohne jede Arzneibehandlung recht eclatante Erfolge: Der sparsamen Harnausscheidung folgt nach 24, spätestens 72 Stunden eine mehr und mehr ansteigende Harnfluth, die Herzbewegung verlangsamt, regelt



und kräftigt sich, die Oedeme nehmen ab und verschwinden oft in wenigen Tagen vollständig. Doch manchmal ist das nicht der Fall, man bedarf der Herztonica. Autor sah die schönsten Erfolge von einer Combination von Diuretin mit Digitalis, und zwar Fol. Digital. in Substanz (solche wirken viel sicherer und kräftiger als Infus-Extract oder Tinctur):

**Rp.**

*Fol. Digital. pulv. 0,1*

*Diuretin. 1,0*

*Sacch. 0,3*

M. f. p. D. t. dos. N. X.

S. 3 Mal tägl. 1 Pulver.

Nach 30 Pulvern kann man ziemlich sicher auf Erfolg rechnen und zwar ist die Wirkung oft eine überraschend schnelle und grosse, indem häufig binnen eines Tages die Harnmenge von einigen hundert ccm. sich auf 2—3000 hebt (in den nächsten Tagen auf 5000, ja 7000, um dann langsam wieder zur Norm zurückzukehren), Oedeme, Hydrops, Ascites zusehends verschwinden etc. Bei dieser schnell ansteigenden und sich für einige Tage erhaltenden Harnausscheidung treten nun mitunter bei den Pat. eigenthümliche Zustände auf (leichter bei älteren als bei jugendlichen), die zweifellos Folgen einer Autointoxication sind: erst Somnolenz, dann Bewusstseinstörungen, Delirien, Umherwerfen des Körpers, häufig auch Störungen der Athmung (dieselbe wird ausserordentlich tief, beschleunigt, Betheiligung der auxiliären Muskeln, Gesicht lebhaft congestionirt, also ähnlich wie bei diabetischer Intoxication!), welche Symptome mehrere Tage (auch länger) anhalten und aufhören, sobald jene Polyurie aufgehört hat, die Oedeme verschwunden sind. Die Sache sieht ängstlich aus, aber alle Pat. Eichhorst's genasen. Toxisch-medicamentöse Einflüsse konnte er ausschliessen (trotz Fortgebrauches der Pulver hörten die Zustände auf, sobald die Oedeme zur Ausscheidung gelangt waren), auch Nierenaffectionen (keine Albuminurie!), er nimmt vielmehr aetiologisch ebenso wie bei der Entstehung der urämischen Symptome toxische Körper an, die in übergrosser Menge



aus der ödematösen Flüssigkeit in's Blut aufgenommen, nicht genügend rasch durch die Nieren ausgeschieden werden und so Zeit finden, das Centralnervensystem zu attackiren.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 25).

- Ueber **Psychosen bei Herzkranken** schreibt Dr. J. Fischer (Pressburg, k. Staatskrankenhaus), indem er einige Beobachtungen beibringt zur Beurtheilung der Frage, wieweit V. geeignet sind, bei zur Geisteskrankheit Veranlagten diese auszulösen oder gar ohne vorher bestehende Veranlagung die seelische Störung herbeizuführen. Es handelte sich in den 3 beobachteten Fällen um Zustände ungenügenden Ausgleichs der von V. ausgehenden Störungen des Kreislaufes bei Leuten, die weder seelisch belastet waren, noch bis dahin geistige Krankheitserscheinungen geboten hatten. Die ersten 2 Fälle hatten das Gemeinsame, dass die unter Athemnoth, hydropischen Anschwellungen etc. Erkrankten nach einiger Zeit Nachts sehr unruhig wurden, „wache Träume“, quälende Zwangsvorstellungen und Sinnestäuschungen hatten, am Tage aber normales Verhalten aufwiesen. Mit der Verschlimmerung des körperlichen Leidens ward die nächtliche Verwirrtheit und Aufregung immer krasser; bei dem einen Pat. entwickelte sich dann rasch völlige Stumpfheit und in einem Zustande von Verblödung ging er zu Grunde, während der andere in der vorletzten Woche vor seinem Tode wieder dauernd klar wird, aber still und verstimmt bleibt. Bei dem 3. Falle ging die Compensationsstörung mit einem 3 Tage ununterbrochen anhaltenden Zustande von Verwirrtheit und Sinnestäuschungen Hand in Hand; hier gelanges, die Kreislaufstörung auszugleichen und mit ihr schwanden die Veränderungen des Seelenlebens vollkommen und bleibend. Die Form des Klappenfehlers war augenscheinlich einflusslos, denn es bestand 2 Mal Schlussunfähigkeit der zweizipfligen Klappe (1 Mal mit Verengerung der entsprechenden Vorhofsmündung), 1 Mal Schlussunfähigkeit der Aortenklappen. — Autor führt seine Ansichten dahin zusammen: Bei entsprechend Veranlagten können

die durch V. irgendwelcher Art hervorgerufenen Gefühle, wie Herzschmerzen, Herzklopfen, Wahrnehmung der Herzgeräusche, Beklemmung, Athemnoth, Kopfschmerz, Schwindel durch „reflectorische“ Erzeugung von Sinnestäuschungen den Ausgangspunkt für Geistesstörungen bilden. Ohne jede ursprüngliche Veranlagung aber können die Ausgleichstörungen der V. krankhafte seelische Zustände hervorrufen — theils vermöge des mangelhaften Gehirnkreislaufes, theils vermöge Beeinträchtigung der chemischen Beschaffenheit des Blutes — die unter dem Bilde der acuten Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen zu verlaufen pflegen.

(Zeitschrift f. Psychiatrie 1898 Bd. H. 6. —  
Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1898 No. 18.)



## Vermischtes.

---

- Ueber ein **Doppelglas zur Ausführung der „Zweigläser-Methode“** schreibt Dr. Karl Gerson (Berlin): Die von Thompson in die urologische Praxis eingeführte Zweigläser-Methode bezweckt, 2 Urinportionen eines Patienten getrennt auffangen, untersuchen und vergleichen zu können. Sie wird in der Weise angestellt, dass der Patient in 2 Gläser nacheinander urinirt. Abgesehen von der dabei oft vorkommenden Verunreinigung des Fussbodens bieten die 2 bauchigen Uringläser Arzt und Patienten manche Unbequemlichkeit. Aus diesem und anderen unten angeführten Gründen dürfte die Einführung eines einzigen Glases zur Ausführung der Zweigläser-Methode willkommen sein. Dies durch eine gläserne Querwand in 2 Abtheile geschiedene Doppelglas ist zunächst für den Patienten viel bequemer und handlicher, als zwei, da er zu dessen Gebrauch nur eine Hand nöthig hat. Ferner wird das oft vorkommende Missverständniss des Patienten, der trotz richtiger Anweisung nur in ein Glas urinirt, eher zu vermeiden sein. Auch ist es für ihn unzweifelhaft bequemer, wenn er, ohne das Uringeschäft unterbrechen zu müssen, von dem einen Abtheil des Glases über die Querwand hinüber in das andere die zweite Urinportion entleeren kann. — Für den Arzt hat das Doppelglas den Vortheil, dass er die nur durch eine Glaswand getrennten Urinportionen, da sie ganz nah aneinander grenzen, deutlicher vergleichen kann. Dadurch ist die Beurtheilung der Verschiedenheit der Urinportionen wesentlich erleichtert und übersichtlicher. Auch wird bei Bewegungen des Doppelglases beiden Harnportionen dieselbe Beleuchtung resp. Lichtbrechung zu theil werden. Ein weiterer Vorzug des Doppelglases besteht darin, dass eine Verwechselung der Urinmengen desselben Patienten, sowie mit denen anderer, wie sie in frequentirten Polikliniken zuweilen vorkommt, vermieden wird und das Doppelglas einen kleineren Raum

beansprucht als 2 der jetzt gebräuchlichen Uringläser. Diesen Vortheilen gegenüber fällt wohl der Umstand, dass man zur Untersuchung der Urinportionen Proben mit der Pipette aus dem Doppelglas entnehmen muss und nicht giessen kann, kaum ins Gewicht.\*)

(Therap. Monatshefte 1898 No. 6.)

- Ueber seine **Erfahrungen mit Vasogenpräparaten** macht Prof. Fasano (Neapel) Mittheilung. Bei Erkrankungen der Respirationsorgane (10 Mal Laryngotracheitis, 19 Mal Bronchitis, 4 Mal Phthise) war der Erfolg ein sehr zufriedenstellender, oft überraschender bei Ordination von Kreosotvasogen und einer Tagesdosis von 100–200 Tropfen (bei denen mit tuberculösen Affectionen gleichzeitig Inhalationen von Mentholvasogen). Sehr prompt reagierten auf Ichthyol- resp. Jodoformvasogen (neben äusserlicher Application auch interne!) Hautaffectionen, wie Ekzem, Akne, Psoriasis, Pityriasis versicolor. 6%iges Jodvasogen that sehr erspriessliche Dienste bei venerisch-syphilitischen Fällen (Epididymitis acuta et chronica, Adenitis, Syphiliden der Haut- und Schleimhäute) und endlich bewährte sich bei specifischen Curen ausgezeichnet die 33 $\frac{1}{3}$ % und 50%igen Hg-Vasogensalben, indem hierbei die Absorption des Hg ausserordentlich schnell von statten ging und überaus rasche Heilung eintrat.

(Arch. intern. di med. 1898, 3. — Wiener medic. Presse 1898 No. 35.)

- **Ichthyol-Vasogen gegen Ozaena** benützte mit eclatantem Erfolge Dr. H. R. Pinilla (Madrid). Selbst bei ganz alten Fällen trat Erfolg ein, der sich als dauerhaft erwies. Die Behandlung (Einreibung mittelst wattearmirter Sonde) ist schmerzlos.

(El siglo Med. No. 2293, 5. Dec. 1897.)

- Einen **Beitrag zur Kenntniss des Orthoforms** liefert Dr. F. Bock (Berlin). Derselbe beabsichtigte eine operirte Mastdarmfistel mit Höllenstein zu ätzen, bepuderte aber vorher die Wundfläche mit Orthoform. Nach vollendeter Aetzung erschien die Wunde mit einem intensiv grünen Belag ver-

\*) Das Doppelglas ist von R. Kallmeyer & Co., Berlin N., Oranienburgerstrasse 45, zu beziehen. (Preis etwa gleich dem zweier Uringläser.)



sehen. Dass letzterer durch eine Einwirkung des Silbernitrats auf das Orthoform entstanden war, zeigten spätere Experimente, welche klar bewiesen, dass es sich um Reductionsvorgänge handelt und dass Orthoform ein kräftiges Reduktionsmittel ist.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 7.)

- Ueber den **Werth des Fahrrads für Amputirte und Resecirte** spricht sich Stabsarzt Dr. C. Böttcher (Giessen) aus in Anschluss an eine Beobachtung, welche zeigt, dass ein Pat. mit steifem Knie einer Amputation durchaus nicht bedarf, um Rad zu fahren, sondern bei unbedeutender Abänderung des Radmechanismus sehr gut sein steifes Knie behalten darf, das doch immer besser ist, als die schönste Prothese. Es handelt sich um einen 31 Jahre alten Zuschneider, dem 1883 wegen ausgebreiteter Tuberculose das rechte Kniegelenk arthrektomirt worden war. Jetzt stellte sich der vollkommen gesunde Pat. als geübter Radfahrer (bis 110 km an einem Tage!) vor trotz seines im Knie total steifen, um 8 cm verkürzten rechten Beines. Er hatte diese Fertigkeit dadurch erlangt, dass er das rechte Pedal seines Rades von den Bewegungen ausschalten und am tiefsten Punkte der Drehung vollkommen feststellen liess, sodass, während das linke Bein die Tretbewegungen ausführt, der Fuss des steifen Gliedes auf dem unbeweglichen Trittbrette ruht (Autor ist überzeugt, dass auch ein Amputirter, der statt der kostspieligen, im Kniegelenk beweglichen Prothese den einfachen Stelzfuss trägt, das Zweirad sich nützlich machen kann, es bedarf nur einer Verbreiterung des festgestellten Pedals, um dem Stelzfuss genügende Stützfläche zu gewähren). Dem Pat. ist das Rad ein für die Ausübung seines Berufes unschätzbar werthvolles Beförderungsmittel geworden, und so wird es vielfach sein: Durch die Möglichkeit, bequem und schnell grössere Strecken zurückzulegen, wird der durch Verlust oder Steifheit eines Beines bedingte Ausfall in der Dispositionsfähigkeit eines Arbeiters wesentlich verringert, indem letzterer auch entfernter gelegene Arbeitsstätten mit lohnenderem Verdienst aufzusuchen im Stande ist.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 31.)

## Bücherschau.

---

— Der 3. Auflage ist jetzt nach kurzer Zeit die 4. Auflage von **Kroll's Stereoskopische Bilder** von Dr. R. Perlia (Leopold Voss, Hamburg. Mk. 3) gefolgt, ein Beweis, dass die 26 farbigen Bilder nicht nur von der Kritik, wie es geschehen ist, warm begrüsst worden ist, sondern auch sich in der Praxis bewährt haben. Es genügt also hier die blosse Anzeige, einer nochmaligen Empfehlung bedarf es nicht.

— Wieder haben wir heut von einigen bei Urban & Schwarzenberg (Wien) erscheinenden Lieferungswerken zu vermelden, dass ihre Publication Fortschritte gemacht hat. Da ist zunächst das von uns schon mehrfach ausgezeichnet beurtheilte Eulenburg-Samuel'sche **Lehrbuch der Allgem. Therapie und Therapeutischen Methodik**, von dem die Lfg. 16—25 (Preis: à Mk. 1.50) vorliegen. Wir finden in diesen die Abschnitte: „Hydrotherapie“ von Winternitz und Strasser, „Inhalationstherapie“ von Lazarus, „Medicin. Secten“ von Samuel, „Chirurgisch-akiurgische Therapie“ von Rinne, „Kinesiotherapie“ von Hoffa, „Allgem. Elektrotherapie“ von Laquer, „Psychotherapie“ von Ziehen. Zeigt schon diese Aufzählung, wie die Herausgeber es verstanden haben, den auserlesenen Stab ihrer Mitarbeiter an die richtigen Stellen zu vertheilen, so zeigt die Lectüre der einzelnen Capitel immer wieder, dass diese Mitarbeiter mit bestem Erfolg bemüht gewesen sind, ihr Wissen und Können dem prakt. Arzt nutzbar zu machen, für ihn ein Nachschlagewerk zu schaffen, aus dem er jederzeit für seine Thätigkeit in der täglichen Praxis lernen und neue Anregungen empfangen kann. Aufs Neue empfehlen wir hiermit das Werk. — Auch dem Toldt'schen **Anatom. Atlas**, dessen Lfg. 6 die Presse verlassen hat, haben wir früher nur Worte des Lobes widmen können, und wollen heut nur hervorheben, dass die in dem vorliegenden Hefte enthaltenen Bilder des Herzens und der Arterien wieder *vorzüglich* ausgeführt sind und uns ein höchst anschauliches Bild

aller in Betracht kommenden Verhältnisse geben. — Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** ist bis zu Heft 5 gelangt, in dem die Krankheiten des Peritoneums, der Leber, der Milz und des Pankreas, anhangsweise der Diabetes geschildert werden. Es sind nicht häufige Erkrankungen des Kindesalters, um die es sich hier handelt. Um so freudiger wird man vorkommenden Falls die kurzen Schilderungen eines erfahrenen Autors in die Hand nehmen, um sich über dies und das zu orientiren.

— Von dem bei Urban & Schwarzenberg (Wien) erscheinenden Colossalwerke „**Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde**“, herausgegeben von Prof. Eulenburg, erschien jüngst Bd. 17, aus dessen reichem Inhalt wir folgende umfangreichen und besonders interessanten Artikel zur Illustrirung des Gebotenen anführen: „Neubildung“ von Ribbert, „Neurasthenie“ von Ziehen, „Neuritis“ von Remak, „Nierenentzündung“ von Ewald, „Nystagmus“ von Königstein, „Obstipation“ von Kisch, „Oesophaguskrankheiten“ von Rosenheim, „Ohrlabyrinth“ von Lucae, „Ophthalmoskopie“ von Königstein, „Opticus“ von Schmidt-Rimpler. Mit dem Artikel „Orb“ schliesst der Band.

— Der in 2. Auflage (bei F. Enke, Stuttgart) erscheinende **Grundriss der spec. Pathologie und Therapie** von J. Schwalbe liegt nunmehr, nachdem jetzt die 3. und 4. Lieferung (à Mk. 3.—) erschienen sind, komplett vor. Sämmtliche Abschnitte des Buches sind von Schwalbe selbst bearbeitet worden, nur die gynäkologischen Affectionen und die Hautkrankheiten von Czempin resp. Joseph. Schwalbe hat es verstanden, sein Buch auf der Höhe der Zeit zu halten, er hat sich bemüht, durch allenthalben angebrachte Verbesserungen und Vermehrungen — letztere sind namentlich in den therapeutischen Theilen zu constatiren — die Vorzüge seines Werkes noch zu erhöhen, das dem Praktiker, dem Zeit Geld ist, erspriessliche Dienste leisten wird. Bringt es doch der Autor in musterhafter Weise fertig, mit wenigen Sätzen ein Krankheitsbild zu skizziren, sodass auch Abweichungen von der Norm nicht fehlen, ebenso die therapeutischen Maassnahmen so zusammenzufassen, dass einige Zeilen genügen, um alles Nöthige hervorzuheben, kurz ein rasches Orientiren zu ermöglichen. Da der Verfasser zudem über eine reiche persönliche Erfahrung verfügt, so tragen seine Angaben vielfach den Stempel der täglichen Praxis in sich und unterscheiden sich dadurch vortheilhaft einerseits von dem Inhalt der Lehrbücher mancher Universitätslehrer, die aus

ihren klinischen Säulen herausschreiben, andererseits von den „Werken“ gewisser Compendienschreiber, welche aus fünf Büchern ein sechstes fabriciren, ohne etwas aus eigener Praxis hineinlegen zu können.

— **Neue Untersuchungen zur Pocken- und Impffrage** liefert Dr. H. Böing in dem gleichnamigen Buche, welches im Verlage von S. Karger in Berlin (1898, 188 S., Preis Mk. 5.—) erschienen ist. Der Verfasser hat schon 1882 eine Arbeit „That-sachen zur Pocken- und Impffrage“ publicirt. Vorliegendes Buch stellt die Fortsetzung dieser Arbeit dar, es ist eine Erweiterung und Vertiefung desselben auf Grund eines umfangreichen, neu gesammelten Materials. Auch als Gegner der Böing'schen Ansichten und Folgerungen aus seinem Material muss man zugeben, dass der Autor mit grossem Fleiss die Frage bearbeitet und schätzenswerthe Bereicherungen der betreffenden Litteratur geliefert hat. Auch der Gegner findet mannigfache Anregungen und wird Vieles aus dem Buche lernen können, sodass die Lectüre desselben für Jeden, der überhaupt der Impf- und Pockenfrage näher tritt, durchaus nothwendig sein wird.

— **„Vorträge über die Nierenkrankheiten“**, diesen etwas stolzen Titel führt ein jüngst bei Joh. Ambr. Barth (Leipzig) erschienenen Buch (Preis Mk. 10.—), von Dr. G. Freitag, in dem nicht etwa über eigene Erfahrungen vor Studenten oder Aerzten gehaltene Vorträge zum Abdruck gelangen, sondern in dem der Verfasser Auszüge und Bemerkungen, aus der Lectüre der neuesten Litteratur geschöpft und zunächst für eigene Zwecke verfertigt, in Vortragsform den Collegen zu dem Zwecke bietet, damit sie daraus ein dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft entsprechendes, möglichst klares Bild der Nierenkrankheiten erhalten. Und da dies dem Autor wirklich durchaus gelungen ist, da der Leser über die Gebiete der Physiologie und Therapie alles Wissenswerthe in moderner Beleuchtung dargestellt bekommt und aus der Lectüre für die Praxis sicherlich viel Nutzen ziehen wird, darum ist das Werk, vom Gesichtspunkte des Praktikers aus betrachtet, erheblich mehr werth, als manche Originalarbeit von Akademikern mit Amt und Würden.



Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

## Festschrift.

***Eduard Hagenbach-Burckhardt,***

Professor der Kinderheilkunde und Director des  
Kinderspitals in Basel

zu seinem

**25 jährigen Professoren-Jubiläum**

gewidmet von

Seinen Schülern.

236 Seiten in Lexikon-8° und 3 Lichtdrucktafeln.

Preis: M. 4.80 = Frs. 6. —.

---

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

---

## Schweizerisches Sanitätsalbum. (Album sanitaire suisse).

Von

**Dr. Louis Froelich,**

Oberstlieutenant.

22 Lichtdrucktafeln mit begleitendem deutschem und  
französischem Texte.

Preis: M. 3.20 = Frs. 4. —.

---

Diese lebenswahren und wohl gelungenen Aufnahmen sind für jeden Militärarzt von hohem Werthe, namentlich wird der **Sanitätsdienst im Hochgebirge**, den der bekannte Autor als Chefarzt der Gott-harddivision mit sichtlicher Vorliebe berücksichtigt, ganz besonderes Interesse erwecken.

Verlag von CARL SALLMANN in Leipzig und Basel.

# Sehproben und Sehprüfung.

2. Auflage.

2. Auflage.

**Optotypi Pflüger.**

Von **Prof. Dr. Pflüger in Bern,**

Director der Universitäts-Augenklinik.

Drei diverse Tafeln in einer starken Cartonrolle, ein Textheft und  
ein Haken aus polirtem Holz,

**Preis Mk. 4. — = Fr. 5. —**

Die

## Sehproben (Optotypi) Pflüger

ermöglichen eine rasche und genaue Sehschärfebestimmung  
in Metersystem auf alle Distanzen, in der Nähe bis zu  
10 cm. Entfernung, für Analphabeten ganz ebenso gut  
wie für die des Lesens Kundigen.

Sie bieten:

*dem Augenarzt eine wünschenswerthe Ergänzung seines  
Untersuchungsapparates,*

*dem praktischen Arzte ein einfaches diagnostisches  
Mittel bei vielen Patienten mit nervösen Kopfschmerzen,  
Migräne und Asthenopieen.*

Die Optotypi Pflüger, die aus der reichen und lang-  
jährigen Erfahrung des hervorragenden Autors hervor-  
gegangen sind, sollten im Besitze eines jeden Arztes sein.

**Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 3.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*December*

*VIII. Jahrgang*

*1898*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Alopecia.** Einen Fall von *A. areata* nach Operation am Halse beschreibt Dr. Bender (Metz): Max Joseph, dann Mibelli haben früher nach peripher vom Ganglion intervertebrale vorgenommener Durchschneidung des 2. Halsnerven bei Katzen und Kaninchen an symmetrischen Stellen der Ohren scheibenförmiges Kahlwerden erzeugt. 1889 beobachtete Pontoppidan einen Fall von *A. areata* nach Operation am Halse beim Menschen. Jetzt publicirt nun Bender folgenden Fall: Ein 25jähriger Mann consultirte ihn im März 1896 wegen Gonorrhöe; zufällig sah Autor eine haarlose Stelle am Hinterkopf und erhielt darüber folgende Auskunft: Patient wurde im 10. Lebensjahre wegen „Drüsen“ am Halse operirt; die Operation verlief nicht glatt, erst nach einem Jahr schloss sich die Wunde; bald darauf fielen die Haare am Hinterkopf aus und kamen trotz aller an-



gewandten Mittel die ganzen Jahre hindurch nicht wieder, der thalergrosse Fleck habe sich aber auch nicht vergrössert. Befund: Auf dem Hinterhaupt links, in der Höhe des unteren Randes des Ohrläppchens eine genau thalergrosse, kreisrunde, ganz haarlose Stelle; Haut dieser Stelle weiss, glatt, ohne Haarfollikel; Haare der Umgebung normal, auch mikroskopisch unverändert; auf der Innenseite des linken Sternocleidomastoideus in der Höhe des Schildknorpels 4 cm grosse, strahlenförmig tief eingezogene Narbe. Im October 1896 kam Pat. wieder, er hatte Lues acquirirt. Der specifische Haarausfall gerade um den haarlosen Bezirk besonders intensiv. Eine specifische Cur brachte die jetzt ausgefallenen Haare wieder die alte A. blieb aber unverändert und ist es heute noch, nach 2 Jahren. Der Fall zeigt zwei bemerkenswerthe Unterschiede gegen den Fall Pontoppidan's: Den ungünstigen Ausgang betreffs des Wiederwachsens der Haare und das einseitige Auftreten der A.

(Dermatolog. Centralblatt, October 1898.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.**

„Das beste jetzt existirende Wundstreupulver“ nennt Dr. Kromayer (Halle) ein neues Jodoformpräparat „Jodoformogen“ (Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.), ein Jodoformeispräparat, welches ein hellgelbliches, staubfeines, sich nicht zusammenballendes, geruchloses Pulver darstellt. Dasselbe ist ferner 3 Malleichter als Jodoform (das überhaupt theurer ist), also sparsamer. Bei den klinischen Versuchen (über 100 Fälle) erwies es sich als vollgültiges Jodoformersatzmittel, das allerdings etwas langsamer, dafür aber sicherer und nachhaltiger wirkt; es regt die Granulationsbildung mächtig an und bewirkt rasche epitheliale Ueberhäutung. Reizungen der Haut kommen auch bei ihm vereinzelt vor.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 10.)

— **Dermatol bei Wunden der Bindehaut des Lides und des Augapfels** empfiehlt warm Primarius Dr. Boeck (Laibach), sei es, dass es sich um durch Naht vereinigte



Wunden oder um Wundflächen handelt. In ersterem Falle haftet das Dermatol an Wundrändern und Nähten und ist ein so gutes Deckmittel, dass bei täglicher Erneuerung ein Schutzverband bald überflüssig wird. Auch macht sich die in solchen Fällen oft recht unangenehm gesteigerte Absonderung gar nicht bemerkbar, indem das Mittel diese entweder beschränkt oder auch in sich aufnimmt. Die gute Wirkung als die Absonderung beschränkendes und deckendes Mittel tritt noch mehr zu Tage bei Flächenwunden der Bindehaut, z. B. nach Operationen oder Verätzungen. Geradezu unübertrefflich ist Dermatol bei Kalkverätzungen. Nach Entfernung aller Fremdkörper und Auswaschung mit einem kohlen-säurehaltigen Wasser (Sodawasser!) stäubt Autor Dermatol reichlich ein und legt einen Schutzverband an; schon nach wenigen Stunden haftet das Mittel als dicker Teig an der Bindehaut und der von dieser entblösten Lederhaut fest an, mit der rauhen Aetzfläche verfilzt, und durch diese Schutzdecke wird der Schmerz bedeutend gelindert und die Heilung eingeleitet, welche so in der Regel ohne schwere Schädigung des Auges zustande kommt.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

— **Lösliches metallisches Silber bei Behandlung von septischen Wundinfektionen (Blutvergiftungen)** mit vortrefflichem Erfolge angewandt hat Dr. O. Werler (Berlin). Sein Material umfasst gerade 3 Fälle, welche die hauptsächlichsten in Betracht kommenden Krankheitstypen repräsentiren: eine acute Sepsis, eine chronisch septische Affection und eine multiple chronische Furunculose. Fall 1 betraf ein 9jähriges Kind, welches sich eine kleine Wunde am Finger zugezogen hatte. Zu dieser trat dann eine septische Phlegmone der ganzen Hand und beginnende universelle Septikämie hinzu, sodass das Bild ein recht bedrohliches war, zumal Allgemein- und Localerscheinungen einen fulminanten Charakter offenbarten und sich rapid ausbreiteten. Schon nach der 1. Einreibung von 3 gr Unguent. Credé (local wurden Umschläge mit Itrollösung 1:4000 gemacht) änderte sich die Situation ganz auffällig, indem

Allgemeinsymptome und Localbefund eclatante Besserung zeigten und vor allem ein absoluter Stillstand in dem centripetalen Fortschreiten der acuten Phlegmone zu constatiren war. Durch 3 weitere Einreibungen wurde Pat. dann rasch geheilt. Aehnlich ging es in dem 2. Falle, einer 38jährigen Frau, bei der die Diagnose lautete: Ekzema chronicum tyloiticum et rhagadiforme calcanei utriusque et Phlegmone erysipeloides regionis malleoli externi, Infectio septica chronica. Schon nach der ersten Einreibung von 3 gr Unguent. Credé besserten sich Allgemein- und Localerscheinungen zusehends, es wurde jeden zweiten Tag die Einreibung wiederholt und nach 7 Inunctionen ist Pat. bei vorzüglichem Allgemeinbefinden so gut wie hergestellt. Eine 53jährige Pat. endlich mit chronischer multipler Furunculosis und chronischer septischer Infection reagirte ebenfalls prompt auf die Silberschmiercur, indem nach 3 Einreibungen completer Stillstand der furunculösen Eruptionen eintrat, nach 10 Einreibungen Heilung zu verzeichnen war. Autor, der stets das 15 % Argent. colloidalis enthaltende Unguent. Credé aus der chem. Fabrik von Heyden in Radebeul (Marienapotheke Dresden) benutzte, resumirt folgendermaassen:

1. In dem löslichen metallischen Silber besitzen wir ein bewährtes Mittel, um bei rechtzeitig gestellter Diagnose und dem Fehlen schwerer Secundäraffectionen eine erfolgreiche interne therapeutische Beeinflussung der durch septische Infectiousstoffe erzeugten Blutvergiftungen zu erzielen.
2. Das Verfahren der allgemeinen Silbertherapie eignet sich zur Heilung sowohl acuter, als auch chronischer Sepsis und Furunculosis.
3. Die grösste Energie entwickelt die Inunctionscur mit Unguent. Credé, welche auf dem Wege percutaner Resorption eine directe Aufnahme des Medicaments in den Blutkreislauf und dort unter Bildung stark baktericider Silbersalze eine universelle Antisepsis und Desinfection des Gesamtorganismus zu stande bringt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

- Ueber **Desinfection von Kleidungsstücken mittelst strömenden Formaldehyds** machen Dr. J. Petruschky und G. Hirz (Danzig, bakteriolog. Anstalt) eine vorläufige Mittheilung. Bekanntlich werden viele Arten von Kleidungsstücken, Ledersachen, Pelzwerk durch Dampfdesinfection mehr oder weniger stark beschädigt, während Formalingas sie intact lässt. Nun ist es aber wiederum recht schwer, das Formalin zum Eindringen in die Gegenstände, ihre Falten, Taschen etc. zu bringen, da die bisherigen Berichte über Formalindesinfection sämmtlich das geringe Penetrationsvermögen des Formalins sowie die Schwierigkeit, es in sogen. „todte Winkel“ zu bringen, betont hatten. Es musste versucht werden, diese Schwierigkeit mittelst strömenden Formalins zu überwinden, wozu der Trillat'sche Apparat, der das Formalingas mit einem Druck von 3 Atmosphären ausströmen lässt, am geeignetsten erschien. Ein alter Kleiderschrank wurde mit alten Operationsmänteln vollgehängt, in deren Taschen die Desinfectionsobjecte, noch in Fliesspapier eingeschlagen, untergebracht wurden; ferner wurde in einem der unteren Winkel des Kleiderschranks ein offenes Schälchen mit Desinfectionsobjecten gestellt, und auch wollene Kleider, ein Besen, ein langschäftiger Lederstiefel wurden placirt. Die Desinfectionsobjecte bestanden aus Seidenfäden, die mit Milzbrandsporen und aus Leinwandläppchen, die mit Diphtherieculturen infectirt und alsdann noch mit Blut resp. Blutserum imprägnirt und getrocknet waren. Ferner wurden zur Controle der Tiefe des Eindringens der Formalinwirkung offene Reagensröhrchen mit schrägen Agarflächen, die theils mit Typhus, theils mit Milzbrandsporen frisch besät waren, hineingestellt. Das Formaldehydgas wurde durch ein kleines Bohrloch in der Hinterwand des Schrankes zugeleitet, während es durch die Undichtigkeiten der Schrankthür wieder nach aussen entweichen konnte. Nach einstündiger Einwirkung des Trillat'schen Apparates nun (wobei der anfängliche Druck von 3 Atmosphären auf 2 resp. 1 Atmosphäre herunterging) waren alle in den Taschen untergebrachten, sowie auch die im unteren Winkel des Schrankes aufgestellten Objecte sterilisirt, was nach  $\frac{1}{2}$ stündlicher Wirkung noch nicht der Fall war. Die zwischen

den Borsten des Besens angebrachten Milzbrandfäden zeigten nach einstündiger Wirkung partielles, sehr verzögertes Wachsthum. In den 1,5 cm weiten Röhrchen war nach einer Stunde die Abtödtung bis zu 13 cm Tiefe erfolgt, tiefer nicht. Schloss man an die Wirkung des Trillat'schen Apparates eine 24stündige Nachwirkung der eingedrungenen Gase (im geschlossenen Schrank) an, so wurde die Wirkung dadurch etwas verstärkt, doch ersetzte diese 24stündige Nachwirkung nicht die auch nur  $\frac{1}{2}$  stündige Mehreinwirkung des „strömenden“ Gases. Die in der Fussspitze des Stiefels untergebrachten Milzbrandsporen waren nach einer Stunde Wirkung und 24 Stunden Nachwirkung noch nicht getödtet (man sieht die Macht „todter Winkel“), immerhin zeigen aber die Versuche — ihre praktische Bedeutung ist darum eine erhebliche, weil die Beschädigung von Kleidern durch Dampfdesinfection bisher einen begreiflichen Widerstand der Bevölkerung gegen behördliche Durchführung notwendiger Desinfectionen und Ersatzansprüche der Betroffenen hervorriefen — dass die Desinfection von Kleidern auf diesem Wege ziemlich leicht gelingt; in welcher Einwirkungszeit dies bei den einzelnen Sachen geschieht, muss weiter untersucht werden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 33.)

— Der neue Schlossmann'sche Desinfectionsapparat mit Glykoformal (s. Excerpta VII, S. 488) wurde im Allgem. Krankenhaus in Mannheim geprüft, von wo jetzt von Dr. Schönfeld Folgendes mitgetheilt wird: „Alle Arten der am schwierigsten zu desinficirenden Mikroben, wie Staphylokokken und Milzbrandsporen aus Bouillonculturen, an Seidenfäden angetrocknet, wurden vollständig abgetödtet. Wir haben Testobjecte in eine Hosentasche, die nur wenig offen stand, gesteckt, sodass die Dämpfe eindringen konnten, ferner in einem Rosshaarkissen verborgen, jedoch ohne dasselbe vollständig zu schliessen, immerhin aber ziemlich eingehüllt, auch wurden Staphylokokken, an Seidenfäden angetrocknet, an die vordere Spitze von Stiefeln gelegt; alle Keime wurden auch hier vollständig abgetödtet. Hüllte man in den Taschen dieselben in Fliesspapier ein, so gelang die Desinfection auch. Unsere Versuche, Testobjecte in die Tiefe einer dicken Matratze, welche vollständig ver-



geschlossen wurde, durch 3 stündige Einwirkung der Glykoformaldämpfe zu desinficiren, schlugen natürlich fehl, weil dieselben in einen abgeschlossenen Raum nicht eindringen konnten. Wir desinficiren Rosshaarmatratzen, weil die Rosshaare im Dampfsterilisator zu Grunde gehen, durch Uebergiessen und durch Tränken mit 2% iger Formollösung und darauf folgendes Trocknen im Trockenofen und erzielen dadurch gründliche Desinfection. Die Versuche zeigten also, dass überall, wohin das Gas wirklich dringen kann, es die Mikroorganismen tödtet, darüber hinaus aber nicht. Während so der Apparat Vorzügliches leistet und alle bisherigen Erfindungen überholt, so hat er auch gewisse Nachtheile, welche aber voraussichtlich mit der Zeit beseitigt werden können. So ist das Betreten der desinficirten Räume äusserst schwierig, indem Augen und Athemwerkzeuge furchtbargereizt werden. Es ist daher geübte Bedienung erforderlich. Auch die Entfernung des stechenden Formaldehydgeruches aus den Räumen gelingt erst nach einer Reihe von Tagen trotz aller Mittel (Ammoniakdämpfe zur Entfernung sind auch nicht sehr wirksam, übrigens bei Zimmern mit Oelanstrich nicht zu empfehlen.) Drittens sind die Kosten sehr hohe: Ein Apparat kostet 80 Mk., 1 Liter Glykoformal 4 Mk. (ist nur eine Mischung von Glycerin, Formaldehyd. solut. und Wasser und wurde für die Hälfte des Fabrikpreises hergestellt); für ein kleineres Zimmer bis 80 cbm Ausdehnung braucht man 1 Apparat und 2 Liter Glykoformal, für ein Zimmer bis 160 cbm 2 Apparate und 4 Liter, für eines bis 240 cbm 3 Apparate und 6 Liter.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 40).

**Asthma.** Zur Behandlung des Asthma bronchiale empfiehlt Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) die in Vergessenheit gerathene Trousseau'sche Behandlungsmethode mit Atropin. Die Behandlung soll 4—6 Wochen dauern, mit  $\frac{1}{2}$  mgr beginnend, dann nach je 2—3 Tagen um dieselbe Dosis steigend bis zu 4 mgr pro dosi, und dann von dieser Höhe langsam wieder herabgehend. Schädliche Nebenwirkungen traten bei dieser allmäligen Angewöhnung nicht ein, doch ist dauernde Aufsicht seitens des Arztes nothwendig. Den einzelnen Anfall beein-

flusst Atropin nicht, aber es verhütet auf lange Zeit hinaus jeden neuen Anfall. Wo nicht Heilung, wird doch wenigstens lang dauernde Besserung erzielt, wenn nicht complicirendes Lungenemphysem oder chron. Bronchialkatarrh bestehen. — In der Discussion erwähnt Stricker (Giessen) die erfolgreiche Behandlung der Anfälle von Asthma cardiale mit Atropin, solange noch das durch die profuse Schleimabsonderung mit Trachealrasseln sich ankündigende Lungenödem im Beginn ist. Nach Atropin lässt sich in diesem Stadium das Zurücktreten der unteren Lungengrenzen nach oben mit Sicherheit feststellen.

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. — Berl. klin. Wochenschrift 1898 No. 39.)

### **Augenentzündungen. Weitere Mittheilungen über**

**Xeroform in der Augentherapie** macht Prof. Dr. Wicherkiewicz (Krakau). Er kann seine früheren Angaben vollauf bestätigen. Das Mittel hat sich in recht vielen Fällen ganz vorzüglich bewährt und zeichnet sich durch seine Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit dem Jodoform gegenüber vortheilhaft aus. Dagegen ist es nicht so ganz reizlos; freilich vergeht das leichte Brennen nach einigen Minuten, spätestens nach  $\frac{1}{4}$  Stunde. Gegen suppurative Processe an der Cornea hat sich Xeroform stets fast ebenbürtig dem Jodoform gezeigt, in anderen schien letzteres überlegen. Genau specialisiren liess sich das nicht, doch hatte Autor den Eindruck, als ob bei Geschwüren mit langsamerem Verlauf Xeroform genügte, bei schnellem Zerfall Jodoform besser wirkte. Eine Mischung von Xeroform mit Tannin (2:1) wirkte bei intensiven chron. Conjunctivalabsonderungen, namentlich bei Trachom, ausserordentlich gut (doch oft intensiver Schmerz!). Bei ekzematöser Bindehaut- und Hornhautentzündung bewährte sich vorzüglich:

Rp.

*Xeroform. 0,5*

*Lanolin.*

*Vaselin. flav. aa 5,0*

8. Stecknadelkopfgross hinter das Unterlid  
1 Mal tägl. einzustreichen.

Sowohl hier, als auch bei der Folliculosis und Granulosis ohne entzündliche Erscheinungen wirkte auch sehr schön:

**Rp.**

*Hydrarg. oxyd. fl. v. h. par.* 0,2

*Xeroform.* 0,3

*Lanolin.*

*Aq. dest. aa* 1,0

*Vaselin.* 8,0

Diese Salbe reizt zwar ein wenig mehr, hat aber den Vorzug, die Bindehauteinlagerungen schneller zur Resorption zu bringen. Bei stark entwickelter Conjunctivitis granulosa lässt Autor, wenn Pat. zu Haus behandelt werden muss, daselbst in üblicher Weise in den Conjunctivalsack folgende Salbe einstreichen:

**Rp.**

*Cupr. sulfuric.*

*Zink. sulfuric. aa* 0,05

*Xeroform.* 0,5

*Vaselin.* 10,0

Diese Salbe wird sehr gut vertragen, befördert die Resorption und hält zugleich eine stärkere Absonderung in Schranken.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges 1898 No. 49.)

— Die **Behandlung des Trachoms mit der Knapp'schen Rollzange** empfiehlt warm Prof. Greeff. Das Instrument ist bekanntlich nach dem Princip der Waschrolle oder Mangel angefertigt; die Enden einer gewöhnlichen starken Pincette theilen sich an der Spitze in Form eines Hufeisens, bei dem das Querstück aus einem walzenförmigen stählernen Cylinder besteht, welcher mit Stiften in Vertiefungen der Seitenarme ruht. Die Anwendung ist folgende: Pat. wird cocainisirt (Cocain 2—3%): Narkose in der Regel überflüssig, nur ab und zu nöthig, nicht wegen der Schmerzen, die fast gar nicht vorhanden sind, sondern wegen der Aengstlichkeit und Sträubens der Kinder (man darf gar nicht von „Operation“ sprechen, nur von „etwas drücken“, zeigt, dass nichts „Schneidendes“ da ist, redet freundlich zu, dann halten die Kleinen schon

still). Zunächst wird das schwerer zu behandelnde obere Lid vorgenommen. Man ekstropionirt und geht mit der einen Branche recht tief zwischen die Bindehaut der Sklera und des Lides in die Uebergangsfalte, die andere Branche wird auf die Oberfläche des Lidknorpels gelegt. Die Zange wird nun mit mehr oder weniger Kraft geschlossen und vorgezogen, die infiltrirten weichen Massen ausgequetscht, indem die Walzen über die gefassten Gewebe rollend gleiten. Dies wird über die ganze Bindehaut wiederholt, bis die Granula und der Gewebssaft vollständig ausgepresst sind. Autor fängt immer in der Mitte an, geht dann nach rechts und links in die Ecken. Die Rollzange wird 2—3 Mal über dieselbe Stelle geführt, bis das Nachlassen des Widerstandes zeigt, dass alle fremde Gewebssubstanz entfernt ist. Es kommt sehr auf die Beschaffenheit des Instruments an; bei gut gearbeiteten (die Rollen müssen leicht beweglich sein und nirgends reissen, was man auf Papier versucht) darf es, selbst wenn man noch so ungeschickt verfährt, nicht vorkommen, dass Stücke aus der Conjunctiva ausgerissen werden (die ersten in Deutschland gefertigten Instrumente waren fehlerhaft!). Wie rasch die Methode wirkt, demonstrirt Autor an einem Pat., der die Conjunctiva beider Augen dicht mit Trachomkörnern besetzt hatte. Rechts ist er seit einigen Tagen mit dem Kupferstift touchirt worden — man sieht noch dicke, froschlauchartige Körner, links wurde vor 3 Tagen „gerollt“ — nirgends ist mehr ein Korn sichtbar, nur mässige Röthung und sammetartige papilläre Beschaffenheit der Conjunctiva ist zu constatiren. Natürlich muss man nach dem Rollen noch lange Zeit Kupfertropfen instilliren, von Zeit zu Zeit controlliren, event. nach einiger Zeit den Eingriff wiederholen, stets aber gelingt es, so den Process ganz erheblich abzukürzen und zur Heilung zu bringen.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte 12. Mai 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

- Einige kurze therapeutische Notizen über Blepharadenitis giebt Primarius Dr. E. Bock (Laibach). Bei geringer Schuppung des Lidrandes verwendet er oft mit gutem Erfolg 3% ige Salicylsäurevaselin (aber Vor-



sicht beim Aufstreichen, da die Salbe im Auge selbst heftig brennt!). Ist die Schuppung bis in die Haut des Lides vorgedrungen, so lässt Autor Abends Streifen von Leinwand auf die Haut hart über den Wimpern auflegen, welche mit 3–5%igem Emplastr. saponat. salicyl. bestrichen sind; es ist erstaunlich, wie rasch alte und hartnäckige Formen damit heilen.— **Scopolamin. hydrobrom. als Mydriaticum** ist ausgezeichnet; es ist dem Autor unentbehrlich geworden, namentlich bei Hornhauteiterungen. — Ueber das **Heissluftbad bei Augenkrankheiten** schreibt endlich der Autor: „In dem Pavillon für Augenkranke im hiesigen Landesspitale habe ich unmittelbar neben einem Raume, in dem sich Wannenbad und Brause befindet, eine Kammer als Heissluftbad eingerichtet in der Absicht, hier Schwitzcuren nur unter dem Einfluss heisser Luft auszuführen bei Blutergüssen ins Innere des Auges, bei Glaskörpertrübungen u. dgl.; welche man sonst mit Einspritzungen von Pilocarpin oder Verabreichung von Natr. salicyl. und heissem Thee behandelt. Die Erfahrung zeigt, dass — unter Voraussetzung des Fehlens einer Erkrankung des Herzens und der Gefässe, sowie der Lunge — Wärme von 50° C. ertragen wird und 65° C. die diesbezügliche Grenze ist. Meiner Erfahrung nach genügen aber die in meinem Heissluftbade zur Verfügung stehenden 40° C. nicht, um eine ergiebige Schweissabsonderung zu erzielen. Ich lasse daher die betreffenden Kranken auch in der Heissluftkammer Thee und Natr. salicyl. nehmen und betrachte trotz dieser Nachhilfe die Einrichtung eines solchen Raumes als eine wesentliche Verbesserung des Verfahrens, weil der auf der Pritsche gebettete, möglichst leicht bekleidete Kranke der beängstigenden Bedeckung mit Kotzen u. dgl. entrathen kann und die unmittelbare Nähe des Badezimmers an Ort und Stelle eine rasch auszuführende Abreibung mit kühlem Wasser oder ein Bad von 20° C. gestattet, was den Kranken sehr erfrischt und seinen Körper gegen darauffolgende äussere Einflüsse widerstandsfähiger macht. Man kann so zum Geringsten die nach einem Schwitzen von 2–3 Stunden kaum vermeidliche Bettruhe umgehen. Nach dem Aufenthalte im Heissluftbade soll der Kranke in einem Raume mit beiläufig 20° C. nur so lange rasten, bis Puls und Athmung wieder

regelmässig sind. Ich habe das Heissluftbad aber auch in anderen Fällen als ein sehr wirksames Heilmittel kennen gelernt. Durch die Arbeit von Frey und Heiligenthal („Die heissen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden“) angeregt, lasse ich Augenkranke mit schlechter Esslust, Blutarme, vor allem aber scrophulöse Kinder täglich 1–1½ Stunden in der Heissluftkammer zubringen. Der günstige Erfolg bleibt fast nie aus, in manchen Fällen ist es ganz unübertrefflich. Am überraschendsten ist die Verkleinerung harter Lymphdrüsengeschwülste am Halse, welche, früher unförmlich und entstellend, in wenigen Tagen teigig-weich werden und ganz schwinden oder wesentlich kleiner werden. Die Beeinflussung des Stoffwechsels und der Ernährung zeigt sich am besten bei schwer Scrophulösen. Früher matt, hinfällig und theilnahmslos, beginnen sie nach einigen Tagen Gebrauches des Heissluftbades sich fröhlich mit ihren Genossen zu unterhalten und den meisten Kindern ist der Aufenthalt in der sog. Schwitzkammer so behaglich, dass sie nach der Morgenvisite auch ohne Aufforderung der Kammer zueilen und dann später das Mittagmahl mit grosser Esslust verzehren. Denselben günstigen Einfluss sah ich mehrmals bei Erkrankungen der Augennerven als Spätform der Syphilis. Das Allgemeinbefinden wurde bald besser, grosse Gaben von Jodkalium wurden ohne Störung vertragen und die Augenerkrankung wurde rascher der Heilung zugeführt, als dies sonst der Fall ist.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

**Cholelithiasis.** Naunyn (Strassburg) hielt einen Vortrag und fasste seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

1. Der Gallenblasentumor bei der Gallensteinkolik beruht meistens auf Cholecystitis.
2. Die Schmerzen bei der sogen. Gallensteinkolik sind in vielen Fällen lediglich auf Cholecystitis zu beziehen.
3. Auch der Icterus bei der Gallensteinkolik gehört häufig der Cholecystitis oder vielmehr der sie begleitenden Cholangitis an, er ist oft ein entzündlicher Icterus im Gegensatz zu dem „litho-

genen“ Icterus, welcher letzterer dann eintreten kann, wenn der Stein im Choledochus sitzt und hier den Gallenabfluss stört.

4. Es kommen Fälle vor, in denen eine Cholecystitis das Bild der Gallensteinkolik vortäuscht, in denen Gallensteinkolik diagnosticirt wird, während Cholecystitis vorliegt.
5. Solche Fälle von Cholecystitis können im Rahmen einer Gallensteinkolik zum Ablauf kommen. Nach wenigen Tagen hören die Schmerzen auf, die Gallenblase schwillt ab, Icterus und Fieber, falls sie bestanden, verschwinden.
6. Die Cholecystitis kann früher oder später ganz selbständig hervortreten. Die Schmerzen concentriren sich auf die Gallenblase oder sie treten auch ganz in den Hintergrund, während die Erscheinungen der Infection (Fieber, Allgemeinbefinden, Prostration) in den Vordergrund treten. Solche Fälle können unter Hinzutreten metastatischer Herde tödtlich werden oder sie können zu einer chronischen Cholecystitis, zum Hydrops oder Empyema vesicae felleae führen oder sie können schliesslich noch günstig enden durch Ausstossung eines Steins.
7. Cholecystitis und Cholangitis vermitteln zahlreiche Folgeerkrankungen der Cholelithiasis, so die Leberabscesse, Durchbruch der Gallensteine nach aussen oder in innere Organe und die zahlreichen Fistelbildungen.
8. Durch die seitens der entzündlichen Gallenblasenschleimhaut statthabende poröse Transsudation wird nach Riedel der im Blasenhalss liegende Stein in den Cysticus hineingetrieben und so die Kolik eingeleitet.
9. Mit der Cholecystitis calculosa geht die diffuse Cholangitis Hand in Hand. Wenn die Cholecystitis die Ursache der Gallenblasenschwellung ist, so verräth sich die Cholangitis durch die schmerzhafteste Anschwellung der Leber. Eine Cholangitis, die sich in die feinsten

Gallengänge fortpflanzt (Cholangitis capillaris), darf aber auch als geeignet gelten, durch directe Beeinflussung der secernirenden Leberzelle selbst, besonders schnell Icterus hervorzurufen.

10. Die Cholecystitis und die Cholangitis calculosa ist von Anfang an infectiös. Während normale Galle steril ist, fand man in den frischen Fällen von Cholecystitis calculosa in der Gallenblase fast stets das Bacterium coli. In älteren Fällen kann die Galle wieder steril befunden werden; das Bacterium coli scheint manchmal in nicht zu langer Zeit abzusterben, einzugehen. Diese Cholecystitis und Cholangitis colibacterica sind selten eitrig, ausser wenn eigentliche Eitererreger — Staphylo- und Streptokokken — dazu kommen, sie ist demnach vom eigentlichen Empyem der Gallenblase und der eitrigen Cholangitis zu scheiden; doch kann auch sie, ohne eitrig zu werden, schwere locale und Allgemeininfektion machen.
11. Heilung der Cholecystitis und Cholangitis ist zu erwarten, wenn die Galle wieder in Fluss kommt, indem die Gallensteine ausgestossen werden. Auch ohne dass die Steine entfernt werden, auch wenn der Anfall „erfolglos bleibt“, wie Riedel sagt, kann er vollkommen glücklich vorübergehen; dann kann es sein, dass es sich nur um ein Zurückgehen der Erscheinungen handelt, während die Cholecystitis doch bestehen bleibt, sie wird nur latent, um bald einmal wieder auszubrechen, es kann aber auch der Gallensteinanfall, obgleich er erfolglos bleibt, wirklich heilen, wenigstens für lange Zeit.
12. Ein sicheres Unterscheidungsmerkmal der erfolgreichen von den erfolglosen Gallensteinanfällen giebt es nicht. Die Symptome sind die gleichen und auch der Abgang von Steinen entscheidet nichts. Da, wo man sie im Stuhle findet, können immer noch welche zurückbleiben und wenn man keine Steine findet, so beweist das keineswegs, dass der Anfall erfolglos war; das Durchsuchen der Fäces ist schwer so consequent durchzuführen, wie nöthig, denn die Steine brauchen erst Wochen nach Aufhören des Anfalls im Stuhlgang zu erscheinen oder sie können im Darm aufgelöst werden.



13. Ausser durch die Cholecystitis und durch die Cholangitis wird das Gallensteinleiden gefährlich durch den chronischen Obstructionsicterus. Dieser beruht meistens auf Verlegung des Choledochus durch Steine. Die grossen Steine im Choledochus sind fast immer aus der Gallenblase eingewandert, als sie noch kleiner waren, dann sind sie aber an Ort und Stelle gewachsen. Die Ursache des chronischen Icterus bei der Cholelithiasis ist aber keineswegs immer ein Stein im Choledochus, vielmehr kann der Stein auch im Cysticus liegen und den Choledochus comprimiren. Andererseits können gewaltige Steine im Choledochus liegen, ohne Icterus zu machen!
14. In mehr als der Hälfte der Fälle findet sich als Ursache des chronischen Obstructionsicterus Carcinom, das sich aber oft der Diagnose entzieht. In manchen Fällen sind Knoten in der Gallenblasenwand zu fühlen, in anderen Metastasen in der Leber, in den Lymphdrüsen oder auf dem Peritoneum; man soll nie vergessen, nach letzterem im Douglas zu suchen, d. h. das Rectum zu palpiren! Meist aber sind solche Metastasen nicht zu finden; dann bietet gelegentlich noch der Ascites einen werthvollen Anhaltspunkt; stärkerer Ascites bei Ch. spricht immer für Carcinom. Auch die Bedeutung der Kachexie ist nicht zu unterschätzen — wo bei Ch. sich solche entwickelt, spricht das für Carcinom — bei dem chronischen Icterus ohne Carcinom bleibt der Kräfte- und Ernährungszustand ganz gewöhnlich auffallend lange gut erhalten.

Nun zur Therapie. Garantirt die Operation sichere Heilung? Es passirt bei der Operation leicht, dass einige Steine zurückbleiben; vor Allem aber, wenn auch alle Steine entfernt sind, so schützt das doch nicht vor Neubildung solcher. Jedenfalls ist es Thatsache, dass nach anscheinend gelungener Operation wieder Gallensteinanfälle auftreten und Steine per anum abgehen. Ehe die Operation als einzig sicheres Mittel zur Heilung der Ch. den Patienten allgemein empfohlen werden kann, muss erst noch festgestellt werden, wie weit sie wirklich sichere

Heilung garantirt! Die acute und chronische Cholecystitis sollte man grundsätzlich operiren lassen, denn einerseits handelt es sich wohl in allen solchen Fällen um eine infectiöse Erkrankung, deren Ausgang immerhin unsicher bleibt und andererseits ist die Cholecystotomie wohl nirgends leichter auszuführen. Doch selbst bei heftiger Cholecystitis mit gewaltiger Gallenblasenschwulst kann schnelle Rückbildung eintreten, sodass die Gallenblase schnell schmerzlos und kleiner wird und in wenigen Tagen der Palpation völlig entwindet. Die Fälle von Cholecystitis und Cholangitis acutissima mit heftigen cöcalen Reizerscheinungen, hohem Fieber, schwerer Allgemeininfection, oft sehr starkem Milztumor, können tödtlich werden durch Peritonitis und durch die Allgemeininfection. Man sollte also hier sofort operiren; doch werden sich die Chirurgen dazu nicht leicht entschliessen wegen des schweren Allgemeinleidens und wegen der Besorgniss vor Infection des Peritoneums durch den in solchen Fällen sehr stark inficirenden Inhalt der Gallenblase. Dass die chronische Cholecystitis mit dem Hydrops vesicae felleae dem Chirurgen gehört, gilt für ausgemacht. Die chronisch-recidivirende Ch. (anfangs kurze, typische Gallensteinkolik, dann Recidive die früher oder später sich mehr und mehr in die Länge ziehen, atypisch zu werden pflegen; am Ende oft ein wenig durchsichtiger Zustand von schmerzhaftem Gallenstein-Leberleiden mit oder ohne Icterus) stellt ein äusserst gemischtes Krankheitsbild dar: in den Gängen eingeklemmte Gallensteine, chronische Cholecystitis und Cholangitis, Pericholecystitis und Pericholangitis mit Adhäsionen, Fistelbildungen, auch Carcinom etc. Diese Fälle fordern den chirurgischen Eingriff, doch nicht, ehe nicht eine gründliche Karlsbader Cur durchgemacht ist. Der chronische Obstructionsicterus findet sich nur selten bei jungen Leuten, sein Grund ist meist ein Stein im Choledochus; daneben besteht aber leider häufig ein Carcinom der Gallenwege oder auch des Pankreaskopfes oder auch des Duodenums. — Eine Trinkcur mit Karlsbader Wasser im Hause hat noch oft sehr schöne Erfolge, wenn man mit ihr die consequente Anwendung von Kataplasmen verbindet. Die Patienten sollen durch 3—4 Wochen 2 Mal täglich je 3 Stunden

( $\frac{1}{2}$ 9— $\frac{1}{2}$ 12, 3—6 Uhr) liegen und grosse, dicke Kataplasmen von Leinsamenbrei bekommen, dabei Vormittags und Nachmittags je 3—4 Gläser Karlsbader (besser das künstliche! ja nicht Karlsbader Salz!) trinken und die Mahlzeiten während der Cur um 7  $\frac{1}{2}$  Uhr Morgens, 1 Uhr Mittags (Hauptmahlzeit) und 7 Uhr Abends verlegen. Besonders ängstliche Diät ist unnöthig, nur sind fette Speisen, rohes Obst und Salat, Hülsenfrüchte, fetter Kohl, Sauerkraut, Champagner, Bier, am besten jegliches alkoholisches Getränk zu meiden. Für Stuhlgang ist stets zu sorgen!

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1898 Nr. 40.)

(Fortsetzung folgt.)

**Commotio cerebri.** Einen interessanten Fall theilt Reg.-Arzt Dr. J. Mandl (Arad) mit. Ein Soldat wurde am 4. Juli 1897 um  $\frac{1}{2}$ 10 Uhr Abends auf einer Brücke durch eine infolge Sturmes niederstürzende Schindeleindeckung der Brücke am Kopfe verletzt. Er wurde bei vollem Bewusstsein von 2 Kameraden in die 5 Minuten entfernte Festung geleitet, wohin Autor sofort geholt wurde. Pat. bei vollem Bewusstsein, giebt passende Antworten, erzählt den Vorgang. Gesicht etwas geröthet, Pupillen mittelweit, auf Licht prompt reagirend. Allgemeinbefinden ziemlich alterirt. Kein Erbrechen. Puls 74, voll und gespannt, Athmung 24, Temp. nicht erhöht. Auf der rechten Stirnseite mehrere bohnergrosse Hautabschürfungen, rechte Stirnhälfte mässig geschwollen, geröthet, auf Druck schmerzhaft, Augengegend rechts ebenfalls mässig geschwollen, bläulich-roth verfärbt, bei Berührung etwas empfindlich, Nase, besonders Nasenwurzel, zeigt einige kleine Excoriationen, in den Nasenlöchern etwas eingetrocknetes Blut. Das war alles, wesshalb Autor nur an leichte Contusion denken konnte und den Pat. bald verliess. Zufällig sich noch in der Festung aufhaltend, wurde er eiligst zu dem Pat. gerufen, der im Sterben liegen sollte. In der That, Pat. — es war seit der 1. Besichtigung ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde her — jetzt leichenblass, bewusstlos, mit kaltem Schweiss bedeckt, aus der Nase Blut fliessend, aus dem Munde mit Luftblasen vermengter Schleim;

kein Puls, keine Athembewegungen. Sofort künstliche Athmung. Nach 10 Minuten Haut wärmer, bald oberflächliche Athemzüge. Durch Einreibungen des Kopfes, der Magen- und Herzgegend mit Eis und Applicirung von Aetherinjectionen bald ruhiges Athmen, aber keine Rückkehr des Bewusstseins. Nach 5 Minuten abermals tiefe Ohnmacht; kein Puls, kein Herzschlag, keine Athmung, Leichenblässe und Kälte der Haut, starre Glieder, Zuckungen der Bauchmuskeln. Wieder energisch künstliche Athmung mit gleichzeitiger Frottirung des Körpers, speciell in der Herzgegend. Bald wieder Athmung, aus dem Munde fliesst reichlich Schaum. Nach etwa 10 Minuten ruhiges, gleichmässiges Athmen, Herzschlag kräftiger, Puls 54. Die Besserung von Dauer. Nach 1 Stunde Transport ins Spital, dabei ein Mal Erbrechen. Im Laufe der Nacht letzteres noch 3 Mal, Puls 60, Athmung 24, Temp. 38°, völlige Bewusstlosigkeit, Pupillen mittelweit, auf Licht reagirend. Etwas Cognac, Eis auf den Kopf. 5. Juli Morgens: Temp. 38°, Puls 36, voll und hart, Athmung 20; völlige Bewusstlosigkeit; Nachmittags: Temp. 38°, Puls 54, Status idem, unwillkürlicher Harnabgang; Eisumschläge, Cognac. 6. Juli Morgens: Temp. 38°, Puls 56, Bewusstsein beginnt sich zu klären, auf lautes Anrufen Antworten, Klagen über Kopfschmerzen. Gleiche Therapie. Nachmittags: Temp. 38,8°, Puls 52, wieder soporöser Zustand. Nachts: unwillkürlicher Harnabgang und Stuhlentleerung, im Harn kein Eiweiss. 7. Juli Vormittags: Temp. 37,6°, Puls 58, Pat. bei Bewusstsein, aber sehr stupid; Abrasiren der Kopfhaare und Eis. Nachmittags: Temp. 38°, Puls 56, Status idem. 8. Juli: Pat. fieberfrei, bei Bewusstsein, Puls 60, richtet sich selbst im Bett auf und verlangt die Leibschüssel. Kal. jod. intern und Einreibung des Kopfes mit 10%iger Jodoformsalbe. 9. Juli: Befinden besser, Sensorium frei, Appetit regt sich, Temp. 36,5°, Puls 56, vollständige Amnesie über das Geschehene. 10. Juli: Status idem, Pat. ist stets schläfrig, schläft viel. Seitdem immer weitere Besserung und am 20. Juli ergiebt die Untersuchung überhaupt nichts Abnormes mehr. — Dem Pat. war ein *schweres* Holzstück auf eine breitere Fläche des Schädel-



dachtes resp. auf dessen rechte Stirnhälfte gefallen, hatte aber local nur eine leichte Contusion bewirkt. In kurzer Zeit aber alle Zeichen einer Gehirnerschütterung, die aber nach einiger Zeit vollkommen verschwinden, nachdem im Krankheitsbilde und Verlaufe sich noch einige interessante Momente gezeigt haben. Bei gleichzeitiger C. war zweifellos eine Haemorrhagie eingetreten. Die Blutung war zuerst eine geringe, bald ergoss sich aber mehr Blut. Die Blutung erfolgte contre coup an der Schädelbasis, jedenfalls in der Gegend der 4. Gehirnkammer. Das ausgetretene Blut übte auf das verlängerte Rückenmark einen Druck aus und bewirkte die vorübergehende Lähmung der Centralapparate; die spärlichen clonischen Krämpfe der Bauchmuskulatur, der Schaum vor dem Munde erklären sich auch aus dem Drucke und sind als Erscheinungen einer Art epileptischen Krampfes anzusehen. Die eingeleitete künstliche Athmung, die Frottirung und die Hautreize mochten eine Vertheilung oder Verdrängung des Blutes verursacht haben, und das Gehirn, vom Druck entlastet, entfaltete wieder seine Function, bis ein neuerlicher Erguss die Thätigkeit wieder hemmte, die jedoch bei Wiederholung der Procedur wieder ins Gleichgewicht kam. Die Zeichen der C. und theilweise auch des von der Haemorrhagie bewirkten Druckes: Bewusstlosigkeit, Pulsverlangsamung, unwillkürlicher Abgang von Harn und Koth, mässiges Fieber, später soporöser Zustand, Mattigkeit, Schläfrigkeit, eingenommener Kopf — hielten noch einige Zeit an, um dann auch zu verschwinden.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

**Ekzem.** E. bei Arthritischen bietet nach Dr. v. Watraszewski (Warschau, St. Lazarusspital) manches Charakteristische. Zwar sieht es gerade so aus wie ein anderes E., aber Verlauf, Localisation etc. zeigen einige Eigenthümlichkeiten. Es giebt hier ein acutes und chronisches E. Ersteres, verhältnissmässig selten, tritt bei Arthritikern gewöhnlich als unmittelbare Folge einer palpablen Noxe, am häufigsten eines Diätfehlers auf, und ist davon abhängig, mit welcher Art von Pat. man es zu thun hat. Es giebt nämlich 2 Arten von Arthritikern. Die erste wird

repräsentirt von dem corpulenten, pastösen, an Plethora und Obstipation leidenden, zu Blutstauungen (Haemorrhoiden), Congestionen und Herzpalpitationen neigenden Individuum, das gute Kost und reichlich Spirituosen genießt. Auch bei jüngeren Leuten findet sich dieser Typus recht häufig. Man sieht hier oft keine für ausgesprochene Arthritis charakteristischen Symptome, keine Gelenkschmerzen und Aufreibungen u. s. w., aber im Urin constatirt man eine reichliche Menge harnsaurer Salze, die permanent anhält und sich im allgemeinen als unabhängig von einzelnen Diätausschweifungen erweist. Den 2. Typus bilden die echten, chronisch leidenden Arthritiker, blutarme, neurasthenische, schlecht genährte, an Verdauungsstörungen und Flatulenz leidende, reizbare und verstimmte Individuen, die gewöhnlich eine geregelte Lebensweise führen, da sie jeden Fehler sofort büßen müssen. Dieser Typus bildet sich nicht immer aus dem ersten heraus, sondern geht oft primär z. B. von hereditären Anlagen aus; auch eine ganze Reihe von Zwischenstadien besteht zwischen beiden Formen. Das acute E. befällt meist die Pat. der 1. Form, selten die der 2. Oft entwickelt sich das E. ganz plötzlich, namentlich im Hochsommer, wo die fortwährende Hyperämie der Haut und die Transpiration aetiologisch mitwirken. Nach vorausgegangenem allgemeinem Hautjucken (besonders Nachts!) am nächsten Morgen Gruppen charakteristischer Knötchen, am häufigsten am Rücken, zwischen den Schulterblättern, am Genick, an den Seitentheilen der Brust und des Bauches, den Oberarmen. Meist Eruption auf diese Gegenden beschränkt, bisweilen auch andere Körperstellen mit befallen. Häufig auch Eruptionen in Form von vesiculösem E. der Hände, jedesmal nur hier auftretend und stets einem Diätfehler nachfolgend (auch event. Gesicht mit befallen!). In anderen Fällen erste Eruption auf die Inguino-Perineal-Gegend, Scrotum und Analgegend beschränkt (besonders bei Pat., die viel gehen, reiten etc.). Meist sind es also localisirte, obwohl multiple, auf hyperämischen Boden auftretende papulöse resp. vesiculöse, stark juckende Ausschläge, die auf offenen Hautflächen selten zum Nässen führen und bei

entsprechendem Verhalten und Therapie sich rasch bessern, ausgenommen jene als intertriginöses E. sich präsentirenden (in Hautfalten!), die am häufigsten chronisch werden und den Uebergang bilden zu dieser Form. Das chronische E., das häufigste bei Arthritikern, entwickelt sich entweder aus dem acuten, oder tritt (in der Mehrzahl!) selbständig auf. Besonders das intertriginöse E. befällt gern die Arthritiker und zwar an den Inguino-Femoral-, Perineal- und Scrotalgegenden, aber auch an Axillargruben, Bauchfalten u. s. w., bei Weibern auch an den Labien, Mammae etc. Gewöhnlich geht dem E. starkes Hautjucken voran, nicht nur der später afficirten Regionen, sondern oft der ganzen Haut. Oft bleibt dasselbe wochenlang bestehen, ohne von weiteren Veränderungen an der Haut gefolgt zu werden; wenn für dasselbe nichts, oder Unpassendes gethan wird, kommt es dann erst zur Entwicklung von E. Oft geht letzterem auch Urticaria voran, die oft das E. begleitet, bisweilen sogar überdauert; die Pat. präsentiren dann wochen- und monatelang die typischen Quaddeln an verschiedenen Körperstellen, die bei jeder Gelegenheit auftreten und verschwinden, das Jucken dauert fort und von Zeit zu Zeit erscheinen zerstreute Ekzemeruptionen. Ueberhaupt ist Urticaria nichts Seltenes bei Arthritis. Das E. ist hier ebenso chronisch, wie das Grundleiden; auch Exacerbationen und Recidive sind an der Tagesordnung. Mit localen Mitteln allein richtet man nichts aus, das Hauptgewicht ist auf die Lebensweise der Pat. zu legen. Die Pat. der ersten Gruppe müssen auf entsprechende Diät gesetzt und ihnen Alkoholica untersagt werden; dies in Verbindung mit zeitigem Aufstehen, Bewegung im Freien, Beschränken stickstoffhaltiger Nahrung auf Milch und Vegetabilien und dem Genuss alkalischer Mineralwässer bringt oft schon bei indifferenter Behandlung des Localübels rasche Besserung desselben, die ohne Befolgung dieser Maassregeln oft monatelang unter sorgfältigster Localbehandlung auf sich warten lässt. Schwieriger ist es bei inveterirter Arthritis älterer Individuen, deren Allgemeinzustand oft roborirende Diät nöthig macht, sodass hierauf ebenfalls Rücksicht zu nehmen ist. Recht guten Erfolg

hat oft eine Cur mit alkalischen Säuerlingen (Karlsbad, Marienbad, Kissingen), in leichteren Fällen mit Vichy, Biliner, doch darf man, besonders bei älteren Pat. mit beeinträchtigter Magenfunction, nicht zu lange alkalisiren und muss event. die Brunnen von Zeit zu Zeit aussetzen. Lauwarme Bäder, die dem Arthritiker bei seinen Beschwerden so wohl thun, können bei vorhandenem E. nur in bereits vorgeschrittenen Rückbildungsstadien des letzteren, beim Fehlen jeder Entzündungs- und Irritationserscheinung der Haut vorsichtig versucht werden. Jeder Zusatz von Salzen und grüner Seife ist zu vermeiden, auch Schwefel. Auch Kaltwasser- und Schwitzcuren verträgt die Haut nicht, Kal. jodat. und Kal. bromat. darf auch intern nicht verordnet werden. Bei mit Urticaria complicirten Fällen wirken grosse Dosen kohlen-saurer Alkalien (Soda) günstig. Gut ist event. Belladonna (Tinct. Bellad. 3—5 gtt. pro die, auch Extr. Bellad. in Pillen), wobei Nässen und Jucken sich bessern. Die Localtherapie ist die bei E. übliche. Recht unangenehm sind etwaige Rhagaden in den Hautfalten; von Lapiskauterisation muss man absehen, weil leicht tiefe Abscesse entstehen, das auf Leinwand gestrichene officinelle Ungt. Diachyl. alb. heilt aber die Rhagaden oft schon in 24 Stunden. Bei den Stadien, wo Theer indicirt ist, wirkt Tinct. Rusci sehr günstig ein. Es ist rathsam, damit besonders bei Intertrigines genito-perianales nach bereits vollendeter Heilung noch einige Zeit täglich zu pinseln, nachdem man vorher mit Cognac oder Franzbranntwein abgewaschen hat. Das sonstige Hautjucken am Körper wird durch Abreiben mit Salicylpräparaten oder Aq. picis mit Zusatz von Cognac oder Franzbranntwein vortheilhaft beeinflusst.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 77.)

— In Fällen von **E. des Lidrandes**, besonders jenen, deren halbkreisförmiges Fortschreiten in die entzündlich geröthete Haut des Lides auf Erkrankung durch Pilze deutet, hat Primarius Dr. E. Bock (Laibach) mit Theer gute Erfolge erzielt und zwar mit Einpinselung des Lidrandes und der benachbarten Haut mit Ol. Cadin., Ol. Oliv. aa Dasselbe Mittel bewährte sich auch bei hartnäckiger Röthung des Lidrandes mit zeitweiliger



Bildung von Gerstenkörnern kleinsten Umfanges bei blutleeren Mädchen. — Schrunden der Lider, bis zu einem gewissen Grade auch jene scrophulöser Kinder, im äusseren Mundwinkel, heilen schnell unter Einstäubung von Dermatol. Auch die so hartnäckigen eitrigen Ekzeme des Gesichts bei scrophulösen Kindern behandelt Autor oft erfolgreich mit Dermatol. Man darf aber mit dem Mittel nicht sparen, es soll eine dicke Schichte bilden, die unter einer über das ganze Gesicht gelegten mehrschichtigen Mullmaske zu einer Kruste wird, die man dann sich nach und nach selbst abstossen lässt.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

— Dr. Wolffberg (Breslau) hat durch **Naftalanbehandlung** in seiner Klinik ausgedehnte chronische Ekzeme im Gesicht und am Halse Scrophulöser schnell heilen können. Nach Entfernung der Krusten und Reinigung der eiternden Fläche mittelst Formalinlösung wird ein reichlich grosses Stück Kautschukpflaster, dessen Mitte mit Naftalan dick bestrichen, darüber geklebt. Nach längstens 6—8 Stunden muss das Pflaster entfernt werden und bleibt nun das E. bis zum nächsten Tage ohne jede Bedeckung.

(Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 13. October 1898.)

**Ephelides.** Touvenaint empfiehlt 2 Mal tägliches Waschen mit:

Rp.

*Zink. sulfocarbolic. 4,0*  
*Glycerin. 60,0*

und jeden 2. Tag Application von:

Rp.

*Hydrarg. praec. alb.*  
*Bismuth. subnitr. aa 4,0*  
*Ung. Glycerin. 15,0.*

(Gaz. hebdom., Mai 1898. — Dermatolog. Centralblatt, October 1898.)

**Epilepsie.** Ueber eine **seltene Form von kleinen epileptischen Anfällen** spricht Krause. Es giebt kleine epileptische Anfälle, bei denen nur motorische Störungen auftreten, entweder in Form von Krämpfen

oder momentanen Erschlaffungen. Anfälle der letztgenannten Art sind sehr selten. 2 Patienten hat Autor in der psychiatr. Klinik beobachtet. Der erste betraf einen 28jährigen Mann, welcher seit 1888 an E. leidet. Derselbe hat neben typischen noch rudimentäre kleine Anfälle, die darin bestehen, dass er in den Knien plötzlich einknickt oder nach einer Seite sinkt oder hinstürzt, oder die Arme ihm plötzlich herabfallen, ohne dass das Bewusstsein irgendwie alterirt ist. Die Anfälle dauern  $\frac{1}{2}$ —1 Secunde. Ab und zu sind sie, die ohne Aura und Folgeerscheinungen verlaufen, gemischt mit leichten Krampferscheinungen in von der Erschlaffung nicht befallenen Muskelgruppen. Diese Anfälle sind zeitweise sehr häufig und treten mit Vorliebe serienweise auf. Im zweiten Fall handelt es sich um ein 7jähriges, an E. auf dem Boden von Syphilis hereditaria leidendes Kind. Vollständige Anfälle sind bei ihm sehr selten, um so häufiger rudimentäre (insbesondere die sogen. Salaamkrämpfe) und kleine. Unter letzteren treten sehr selten (5 Mal während einer 8 wöchentlichen Beobachtung) Anfälle auf, die sich lediglich im Einknicken in den Knien oder Hinfallen des ganzen Körpers oder Herunterfallen der Arme äussern, ohne dass das Bewusstsein gestört ist. Die Anfälle dauern höchstens 1 Secunde.

(Med.-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena, 18. Juli 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 31.)

- Einen **Fall von Herzepilepsie** theilt Dr. H. Beer (Wien) mit. Er behandelt die Pat. seit 7 Jahren. Damals war sie 43 Jahre alt und klagte über Athemnoth und Unfähigkeit, auch nur die geringste Arbeit zu vollenden, ohne im Gesicht blau zu werden und Herzklopfen zu bekommen. Bisher war sie vollkommen gesund, nur begann sich schon um das 30. Lebensjahr herum viel Fett anzusetzen, in dem Maasse, dass sie heute bei einer Körperlänge von 159 cm ein Gewicht von 86 kg hat. Autor fand bei der 1. Untersuchung ein Emphysem beider Lungen, mässige Hypertrophie des rechten Ventrikels und Erscheinungen der gestörten Circulation: Cyanose des Gesichts, leichte Intumescenz der Leber, Oedeme am

Fussrücken und an den Knöcheln beider unterer Extremitäten. Der Harn enthielt wenig Eiweiss (Stauungsniere). Im Laufe der 7 Jahre verschlimmerte sich das Leiden allmählig, aber stetig, immer wieder half Digitalis über heftigere Exacerbationen der Herzinsuffizienz, Morphinum über diejenigen der Athemnoth hinweg, als diese Gleichmässigkeit der Erscheinungen durch eine seltsame Attaque plötzlich unterbrochen wurde: Am 18. Mai wurde Autor rasch zur Pat. gerufen, die plötzlich umgefallen sei und bewusstlos daliege. Status praesens: Starke Benommenheit, vermehrte Cyanose, Pupillen dilatirt und ohne Reaction, Corneareflex kaum vorhanden, aus dem Munde fliesst stark blutig tingirter Speichel, Iugularvenen geschwollen, Athmung tief, regelmässig, verlangsamt, Puls klein, regelmässig, verlangsamt, unwillkürlicher Abgang von Urin und Stuhl, Sensibilität nahezu erloschen, Haut- und Sehnenreflexe abgeschwächt; jetzt keine Convulsionen, sollen aber vorher sich gezeigt haben. An demselben Tage war Pat. noch schwach benommen, klagte über grosse Kopf- und Muskelschmerzen und Schmerzen in der Zunge (Ursache: ein Zungenbiss). Am anderen Tage Wohlbefinden, d. h. wie vor dem Anfälle. Harn mit Spuren von Eiweiss, ohne Formelemente. Motilität und Sensibilität vollkommen intact. Pat. hat früher nie Convulsionen gehabt, weiss auch nichts von solchen in der Familie. Arterien weich, elastisch, geschlängelt. Am 28. Mai wieder ein Anfall, diesmal von einer deutlichen psychischen Aura eingeleitet. Am 4. Juni wieder Anfall. Jetzt Ordination: Früh und abends je 2 gr Brom (Sandow'sche Brausemischung), Sauerstoffinhalationen, täglich 2 Stück Nitroglycerintabletten à  $\frac{1}{2}$  mg. Noch Anfälle am 13. Juni und 14. Juli, dann keiner mehr. — Es handelte sich hier offenbar um E. und zwar um jene Form der symptomatischen E., die mit dem unrichtigen Namen „Herzepilepsie“ belegt wurde. Eine solche ist recht selten. Mahnert publicirte 3 Fälle, die sämmtlich Arteriosklerose als primäre Ursache aufwiesen. Vor ihm hatten Lemoine und Naunyn auf den Zusammenhang der E. mit Erkrankungen des Herzens hingewiesen und theils Arteriosklerose, theils Klappenfehler als Ur-

sache beschuldigt. Im obigen Falle lag nichts derartiges vor, sondern Hypertrophie des rechten Ventrikels im Gefolge des Emphysems. Der Zusammenhang zwischen E. und der Erkrankung des Herzens ist zweifellos sichergestellt. Die früheren Beobachter waren meist in der Lage, jede andere Ursache für die E. auszuschliessen und durch entsprechende Behandlung des Herzens auf die E. mildernd einzuwirken. Im Uebrigen haben wir ja bereits ein Analogon in der Chorea, die ja häufig mit einem Herzfehler combinirt ist. Hier wie dort werden durch die Störungen der normalen Herzarbeit Convulsionen, wenn auch verschiedenen Charakters, ausgelöst. Nun fragt es sich: Auf welchem Wege kommt dieses Phänomen zu stande? Autor ist der Meinung, dass die E. im allgemeinen nur mit Zuhilfenahme des Gesetzes von der Summation der Reize befriedigend erklärt werden kann und dass die Herzepilepsie nicht als eine eigene Art von symptomatischer E. zu bezeichnen ist, sondern vielmehr eine Reflexepilepsie ist, erzeugt durch die mit der Hypertrophie und Dilatation des Herzmuskels oder mit der Erkrankung des Endocards einhergehende Zerrung der Endigungen des Vagus; alle Reize aber, mögen sie nun von einer Hautnarbe oder von den Eingeweiden herrühren, treffen schliesslich doch immer wieder die Hirnoberfläche, summiren sich hier und lösen dann den epileptischen Anfall aus.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1898 No. 37.)

- **Einen Fall von E. nach lange dauernder Douche auf den Kopf** theilt Dr. M. Breitung (Coburg) mit. Im Jahre 1892, an einem heissen Nachmittage im Juli, lief der damals 10jährige Knabe sehr rasch eine grössere Strecke, um ein Douchebad zu nehmen. Er stand dann wenigstens  $\frac{1}{4}$  Stunde unter der Brause. Als er nach Hause kam, bemerkten die Eltern bei ihm ungewöhnliche Aufregung. Auch die Nacht verlief sehr unruhig und am anderen Morgen trat plötzlich ohne jede besondere Veranlassung ein Anfall mit Zuckungen, Bewusstlosigkeit etc. auf, der längere Zeit dauerte und von einem Arzt als epileptischer bezeichnet wurde. Von nun



ab traten bei dem hereditär nach keiner Richtung hin belasteten Knaben, der selbst bis dahin stets gesund gewesen, innerhalb eines Jahres die Krämpfe 6—8 Mal ein, durchschnittlich 5 Minuten dauernd, mit deutlicher Aura, welche sich durch aufsteigendes Kribbeln und Zucken von der linken Hand aus ankündigte. Bei der objectiven Untersuchung im April d. J. fand Autor bei dem 16jährigen Pat. als bemerkenswerthestes Resultat: Weite Pupillen mit träger Reaction, Herabsetzung der Hörfähigkeit links für Ton und Sprachgehör, Abweichung der Zungenspitze nach rechts, geschwächte Intelligenz. — Autor zweifelt nicht, dass die protrahirte Douche direct auf die Schädeldecke des zumal noch erhitzten Kindes als Trauma aufzufassen ist, welches die E. veranlasste. Die Ausflussöffnungen bei Kopfdouchen dürften überhaupt nur schief gestellt sein, sodass die Wasserstrahlen die Haut im stumpfen Winkel trafen und die Menschen sollten sich auch dann selbst den Douchestrahlen nur so aussetzen, dass dieselben nicht den Schädel, sondern nur den oberen Theil des Rückens resp. der Brust treffen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 39.)

**Helminthiasis.** Ueber einen **Fall von Athetose, bedingt durch *Taenia saginata*** berichtet Dr. Rüdell (Weimar). Ein 13jähriges Mädchen aus guter Familie, erblich nicht belastet, zeigt seit einigen Monaten sehr blasse Gesichtsfarbe mit scrophulösem Habitus, klagte über Müdigkeit, Abspannung, Appetitlosigkeit und Unlust zur Arbeit seit dieser Zeit; in den letzten Wochen machten sich Zuckungen und Krämpfe bemerkbar. Pat. hat bisher nie an derartigen Erscheinungen gelitten. Die Krämpfe und Zuckungen treten in den Extremitäten auf, hauptsächlich Händen und Füßen; einseitig, rechts oder links, zeigen sich in mehrtägigen Intervallen und in Anfällen von kurzer Dauer. Im Anfall werden die Finger krampfhaft gespreizt und gestreckt, ebenso die Zehen, dabei bestehen Zuckungen in der Arm- und Beinmuskulatur ohne Bewusstseinsverlust. Die Anfälle, die deutlich den Charakter der Athetosebewegungen zeigen,

kommen nur tagsüber. Roborirende Diät und Behandlung brachten keine Besserung. Es wurde dann *Ol. Ricini ordinirt*; im Stuhl fand sich ein Glied von *Taenia saginata*. Letztere ging nunmehr nach Verordnung von *Extr. filic. mar.* mit Kopf ab, worauf sich Pat. zusehends erholte und alle Erscheinungen verschwanden, ohne bisher (3 Monate) wiederzukehren. Die Infection konnte nur vor Jahresfrist, beim Besuch bei einem Verwandten (Wurstmacher) geschehen sein, als man viel rohes Fleisch genoss. Jedenfalls aber geht aus der Beobachtung hervor, dass Reflexkrämpfe sehr wohl Folge von H. sein können. (Deutsche medle. Wochenschrift 1898 No. 30.)

- Eine *Taenia mediocanellata* bei einem noch nicht ganz 7 Wochen alten Kinde fand Dr. Wolff (Neunkirchen); der Vater desselben brachte ein 20 cm langes Stück mit. Das Kind wurde von der Mutter gestillt und bekam keine andere Nahrung; die übrige Familie war taenienfrei. (Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

**Hysterie.** Eine 27jährige Dienstmagd mit *Pemphigus hystericus* stellte Dr. Egger vor. Seit 5 Monaten, nach einer leichten Verbrühung der Unterarme durch Lauge und Blasenbildung, treten von Zeit zu Zeit an beiden Armen grosse, mit wasserklarem Inhalt gefüllte Blasen auf. Beim Zurückbilden derselben bleiben keine Narben, aber bräunliche Pigmentflecke zurück. Diese letzteren, sowie die Hautröthung und Schwellung, auf welcher die Blasen sich erheben, zeigen die Form von kleineren oder grösseren Recht- und Vierecken und deuten mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die artificielle Natur der Affection (Zugpflaster!) hin, wenn schon Pat. beharrlich leugnet. Sensibilität, speciell an den Armen, nicht gestört. Schmerzhaftige Druckpunkte in der rechten Ovarial- und Mammagegend; seit der Jugend Krampfanfälle hysteropileptischer Art.

(Medicin. Gesellschaft der Stadt Basel, 5. Mai 1898. —  
Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898 No. 19.)

- Einen 23 Tage dauernden Schlafanfall bei einem 28jährigen Mädchen beschreibt Zambler. Die H. war charakterisirt durch vollständige Hemianästhesie

der linken Seite (weder Berührung, noch thermische, noch elektrische Reize, noch Schmerz wurden empfunden), Fehlen des Pharyngeal- und Conjunctivalreflexes (letzterer nur links, rechts starke Abschwächung). Pat. war mit 11 Jahren menstruiert unter Convulsionen und heftigen Schmerzen in der Ovarialgegend, welche sich zunächst bei jeder Periode wiederholten. An ihre Stelle war als Aequivalent der Schlafzustand getreten, welcher meist 3—5 Tage, auch länger dauerte, nie aber, wie jetzt, 23 Tage. Nur durch tiefen Druck auf die Ovarialgegend war Pat. vorübergehend zu erwecken, aber auch nicht zum vollen Bewusstsein; sobald sie etwas Wein in dieser halbawachen Pausa verschluckte, reagierte sie mit convulsivischen Anfällen. — Es kann sich hier nicht handeln um Lethargie, wie sie bei Hypnotismus vorkommt (es fehlt die neuromusculäre Uebererregbarkeit), auch nicht um hypnotische Katalapsie (bei dieser Augen geöffnet, Glieder bewahren die Position, die man ihnen giebt, Hautreize lösen Contracturen aus). (Gaz. degli ospedali e delle clin. 1898 No. 31. — Centralblatt für Innere Medizin 1898 No. 39.)

- Als „**Meningismus**“ bezeichnete Dupré ein Krankheitsbild, das völlig dem der Meningitis gleicht, nur dass Fieber dabei fehlt. Einen solchen Fall beobachtete nun Demolder bei einem Soldaten. Nach einem Prodromalstadium von Kopfschmerzen, Mattigkeit und Niedergeschlagenheit traten Betäubung bis zur Bewusstlosigkeit mit Zuckungen der Glieder, schliesslich Nackenstarre ein; Pupillen weit, Puls schnell, Athmung normal, ebenso Temperatur. Dieser Zustand 2 Tage lang, dann Wiederkehr des Bewusstseins; in den nächsten Tagen noch einige kleinere Anfälle. — Die Affection beruht auf H., ist bedingt durch Reizung der Gehirnrinde und kommt meist bei jugendlichen, nervös belasteten Individuen vor. Obiger Pat. hatte einen Vater, der Potator war, Mutter und eine Schwester waren Epileptiker, er selbst, schwächlich und reizbar, bot deutliche Spuren von H. (hyperästhetische und anästhetische Hautstellen, Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze); die Anfälle kündigten

sich durch stechende Schmerzen und ein Gefühl von Kribbeln in den Gliedern und Einschnürung des Brustkorbes an.

(Arch. méd. Belges. — Ibidem.)

- Ueber einen **eigenartigen hysterischen Dämmerzustand** berichtet Dr. Ganser (Dresden). Eine Anzahl von Untersuchungsgefangenen war plötzlich ausser Stande, allereinfachste Fragen zu beantworten, obwohl sie den Sinn der letzteren ziemlich richtig zu erfassen schienen. Ausser dieser eigenthümlichen Unkenntniss war Bewusstseinsstörung in verschieden starkem Grade vorhanden, neben Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Während der Dauer dieses acut entstandenen Zustandes konnte Autor hysterische Stigmata, namentlich Analgesieen, nachweisen. Nach wenigen Tagen wurden die Pat. wieder klar, konnten jetzt die Fragen beantworten; für die Zeit jenes Dämmerzustandes bestand Amnesie, die damals constatirten Störungen der Sensibilität waren verschwunden.

(Archiv für Nervenkrankheiten 1898 Bd. XXX.)

- Ueber einen **ähnlichen Fall** verfügt Prof. Binswanger (Jena). 24jähriger Mann, bisher gesund, erkrankt plötzlich mit Benommenheit, Desorientirtheit mit lebhaften Sinnestäuschungen, macht dabei einen Strangulationsversuch; man konnte objectiv Druckempfindlichkeit der Orbitaldruckpunkte, Fehlen des Gaumenreflexes, Hypalgesie am ganzen Körper, Analgesie an den Extremitäten nachweisen; Pat. gab auf einfache Fragen ganz widersinnige Antworten, erkannte nicht einmal Geldstücke, glaubte, Matrosen knebelten ihn und wollten ihn entführen, er sah Eisenbahnzüge, glaubte es wäre Krieg, zu dem er befohlen worden sei mitzumachen und dergl.; auch bestand Katalepsie. Das dauerte nur wenige Tage, dann war Pat. wieder normal und hatte Amnesie für jenen Anfall.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1898 Bd. III.)

- Ueber einen **durch Hypnose geheilten Fall von Hystero-Epilepsie mit Delirium cordis** macht Dr. Eckstein (Teplitz) Mittheilung: Es handelte sich um ein damals 19jähriges Mädchen. Dasselbe, hereditär nicht be-



lastet, aber von frühester Jugend an qualvollen Aufregungen ausgesetzt, bekam 1889 zum ersten Mal einen kleinen Anfall, indem sie plötzlich schwach wurde und heftiges Herzklopfen und stechende Schmerzen in der Herzgegend bekam. Die Anfälle wiederholten sich von da ab öfters, traten noch stärker auf, sich auch in anderer Weise, z. B. mit Lähmungen, Starrkrampf und dergl. äussernd, Pat. wurde zusehends schwächer. Verschiedentlich behandelt, blieb der Zustand trotzdem der gleiche, die Anfälle kamen immer wieder. Im August 1894 lernte Autor die Pat. durch einen Zufall kennen und befreite sie durch eine Hypnose, die unwillkürlich eintrat, von ihrer schweren Hysteroepilepsie. Er wurde nämlich zu einer Schneiderin gerufen, bei der Pat. plötzlich ohnmächtig geworden war. Er constatirte clonisch-tonische Krämpfe und ausgesprochenes Delirium cordis. Er rief die Pat. laut an. Sie schlug die Augen auf, stiess einen kurzen Schrei aus, es trat deutlicher Opisthotonus ein, dann ruhiger Schlaf; jede Zuckung, das Delirium cordis war verschwunden. Autor wollte Pat. durch Abwaschung mittelst kalten Wassers erwecken, das löste aber sofort wieder einen hysteroepileptischen Anfall aus, zugleich kam auch das Delirium cordis. Ein neuerliches Anrufen versetzte die Pat. unter den gleichen Erscheinungen wie das erste Mal in einen ruhigen Schlaf. Jetzt sah Autor, dass er die Pat. hypnotisirt habe und er begann deshalb ihr zu suggeriren: „Dass sie aus diesem Schlafe wohl und munter erwachen, nie mehr einen Anfall bekommen werde, sich ankleiden und ruhig nach Hause gehen würde.“ Vorsichtig dehypnotisirt, leistete Pat. durchaus Folge, sie blieb auch fortan von ihren Anfällen ganz verschont. Autor wiederholte seine Suggestionen anfangs wöchentlich, dann alle 4—8 Wochen und brachte so verschiedene hysterische Unarten wie Schlingbeschwerden, Unlust zum Essen, Schlaflosigkeit etc. zum Verschwinden. Pat. konnte dem Autor nicht in die Augen schauen, ohne in hypnotischen Schlaf zu verfallen, ja schon der Gedanke an seine Person

genügte dazu. Jetzt ist Pat. ganz gesund, und nur wenn materielle Sorgen auf sie furchtbar einstürmen, kommt sie zum Autor und die Suggestion eines „gesteigerten Selbstbewusstseins“ genügt, um sie wieder umzustimmen.

(Prager med. Wochenschrift 1898 No. 39.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Tannopin (Farbenfabriken vorm. Bayer & Co., Elberfeld) ist ein Condensationsproduct des Tannin und Urotropin, sodass das Präparat, ein hellbraunes, nur in schwachen Alkalien lösliches, geschmackloses Pulver, die antibakterielle Wirkung des Urotropin mit der adstringirenden des Tannin verbindet. Es wird vom alkalischen Darmsaft in seine Componenten gespalten, sodass es als Stypticum und Darmantisepticum wirken kann. Dr. Schreiber (Göttingen, Klinik Ebstein) prüfte die Mittel in 32 Fällen (10 chron. Enteritis, davon 4 tuberculöser Natur, 20 acuten und subacuten Darmkatarrhen, darunter 9 Kinder betreffend, und bei 2 Typhen) und fand die Wirkung überall, selbst bei der Darmtuberculose recht zufriedenstellend. Täglich  $\frac{1}{2}$ —1 gr 3—4 Mal gegeben, wirken prompt, ohne je unangenehme Nebenerscheinungen zu machen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897 No. 49.)

— Auch Dr. C. Fuchs (Wien, Klinik Drasche) probirte **Tannopin** in einer Anzahl von Fällen, besonders Enteritiden, wo er täglich 3—5 gr verabfolgte. Sein Resumé lautet: „Bei acuten Enteritiden beschränkt das Tannopin rasch die flüssigen Entleerungen, bei chronischen ist der Effect nicht immer der gleiche, in einigen Fällen sistirt die Tannopintherapie die Diarrhoeen, in anderen Fällen wirkt sie nur beschränkend auf die Zahl der täglichen Entleerungen. Bei der Behandlung bakterieller Erkrankungen der Harnwege kann, wie auch Schreiber bemerkte, das Tannopin mit dem Urotropin nicht in Concurrrenz treten, doch ist auch hier eine sichtbare Einwirkung auf die Symptome der Blasen-  
erkrankung erkennbar.“

(Die Heilkunde 1898 No. 11.)

- **Tannopin** versuchte ferner Dr. G. Joachim (Berlin), hauptsächlich bei Cholera nostras der Kinder. Nachdem diese Affection schon mehrere Tage gedauert, richtet man mit Calomel nichts aus, im Gegentheil fordert hier der colossale Säfteverlust dringend auf, zu stopfen. In solchen Fällen (19) hat Tannopin sehr gut gewirkt. Aber auch in ganz frischen Fällen von Cholera nostras und Enteritis hat Autor das Tannopin mit zufriedenstellenden Resultaten angewandt, und zwar in Combination mit Calomel (letzteres in so geringer Dosis, dass nur seine desinficirende Wirkung zur Geltung kam). In 51 Fällen von acutem Darmkatarrh resp. Magendarmkatarrh gab er also:

Rp.

*Tannopin. 0,3—0,5*

*Calomel. 0,005*

Mfp. S. 3—4 Mal tägl. 1 Stück.

Bei tuberculösen Affectionen dagegen konnte Autor selbst mit grossen Dosen nichts ausrichten. Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Tannopin ist durchaus unschädlich und kann ohne Bedenken den kleinsten Säuglingen gereicht werden in Dosen von 0,3—0,5 4 Mal täglich, älteren Kindern und Erwachsenen 0,5—1,0 mehrmals täglich, weil die Spaltung des Tannopins in seine beiden Componenten offenbar nur langsam im Darmrohr vor sich geht.
2. Das Tannopin ist ein durchaus wirksames Mittel bei allen Formen der Enteritis, nur ist sein Werth fraglich bei der tuberculösen Form.
3. Das Tannopin ist in kleineren Dosen einige Tage lang auch dann noch zu empfehlen, wenn der Darm anscheinend wieder normal functionirt.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 65.)

- **Tannoform** (Merck, Darmstadt) hat Dr. J. Landau (Krakau, Kinderabtheilung des israel. Spitals) bei 95 Fällen von acutem und chronischem Darmkatarrh, Magendarmkatarrh, Enteritis follicularis angewandt. Die Pat., Kinder von 3 Wochen bis 12 Jahren, erhielten, meist nach Darreichung eines Laxans, 3—5 Mal täglich

0,25—0,4 (erstere Dosis nur Neugeborene). Das Tannoform erwies sich als ausgezeichnetes Darmadstringens, welches stets prompt wirkte (nur bei chronischen Darmkatarrhen blieb manchmal der Erfolg aus) und wegen seiner Geruch- und Geschmackslosigkeit gerade in der Kinderpraxis werthvoll ist. — Auch extern, bei 24 Fällen von Gesichts- und Kopfekezem wandte Autor das Tannoform an und war damit recht zufrieden. Nachdem die afficirten Theile 24—45 Stunden mit Ol. Olivar. eingebunden waren, wurden die Krusten entfernt und 10%ige Tannoformsalbe aplicirt.

Rp.

*Tannoform. 5,0*

*Ung. Resorbin. 50,0*

M. f. ung.

Stets rasche Heilung. Manches ausgebreitete Ekzem schon nach 3 Tagen verschwunden.

(Klin. therap. Wochenschrift 1898 No. 39.)

- **Malzsuppe als Nahrung für magendarmkranke Säuglinge** empfiehlt warm Dr. A. Keller (Breslau, kgl. Universitätsklinik). Es handelt sich um eine Modification der früher so beliebten Liebig'schen Suppe. 50 gr Weizenmehl werden in  $\frac{1}{3}$  Liter Kuhmilch eingequirlt, die Mischung durch ein Sieb durchgeschlagen. In einem anderen Gefäß werden 100 gr Malzextract in  $\frac{2}{3}$  Liter Wasser bei 50° C. gelöst, dazu werden 10 cem einer 11%igen Kal. carbonic.-Lösung zugesetzt, dann wird diese Malzextractlösung mit der Mehlmilchmischung vereinigt und das Ganze abgekocht (bei Kindern unter  $\frac{1}{4}$  Jahr und bei schwerkranken noch Verdünnung mit Wasser!) Diese Suppe wurde 28 schwer magendarmkranken Kindern unter 1 Jahr als Nahrung gegeben und bewährte sich ausserordentlich; die Gewichtszunahmen sehr zufriedenstellend, Allgemeinbefinden bedeutend gebessert, alles zeigte, dass diese Nahrung mehr leistet, als jede andere Art der künstlichen Ernährung.

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. — Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 39.)

- Im Anschluss an die Mittheilungen Kellers gab Dr. K. Gregor (Universitäts-Kinderklinik Breslau) die mit **Malzsuppen-ernährung** in der Poliklinik erzielten Resultate be-



kannt, die ja den eigentlichen Prüfstein für eine neue Ernährungsmethode bilde. Auch die poliklinischen Erfahrungen, an 74 Säuglingen gemacht, rechtfertigen die Empfehlung des Präparats. Die Mütter der Kinder erhielten täglich die Malzsuppe aus der Klinik, die Kinder selbst wurden jeden 2. Tag kontrollirt. Die hygienischen Verhältnisse unter denen sie lebten, waren die denkbar ungünstigsten. Trotzdem waren die Erfolge gute, und kommt Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Für alle diejenigen Fälle, wo es sich um ein chronisch magendarmkrankes Kind im Alter von mindestens 3 Monaten handelt, für welches eine Amme nicht beschafft werden kann, besteht die stricte Indication, die Ernährung mit Malzsuppe zu versuchen und event. einen oder mehrere Monate durchzuführen.
2. Bei noch jüngeren und sehr schwachen Säuglingen ist unter sorgfältiger ärztlicher Controlle und mit Anwendung einer entsprechenden Verdünnung ein Versuch mit dieser Ernährung gerechtfertigt.
3. Bei Kindern im Alter von  $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$  Jahren, welche die Symptome schwerer Rhachitis aufweisen und in ihrer körperlichen Entwicklung weit zurückgeblieben sind, giebt eine während einiger Zeit durchgeführte Ernährung mit Malzsuppe, event. mit Zuführung consistenterer vegetabilischer Nahrungsmittel, wie Gries, Zwieback, grünes Gemüse und dergl. günstige Chancen für eine schnellere Heilung der Rhachitis.
4. Bei nicht magendarmkranken, künstlich genährten Säuglingen, welche in ihrem Körpergewicht gegenüber demjenigen eines normalen, an der Brust ernährten Kindes zurückgeblieben sind, giebt die Ernährung mit Malzsuppe mindestens ebenso gute Resultate, wie jede andere künstliche Ernährung.
5. Das Abstillen der Kinder, sowohl anscheinend gesunder, wie auch schwacher oder leicht dyspeptischer Säuglinge kann mit gutem Erfolge so vorgenommen werden, dass die natürliche Ernährung,

solange die Secretion der Milch ausreicht, mit einer oder mehreren Mahlzeiten von Malzsuppe combinirt und später während einiger Zeit vollständig durch letztere ersetzt wird.

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 40.)

**Morbilli.** Ueber das Koplik'sche Frühsymptom bei M. macht Dr. L. Knöspel (Prag, Prof. Ganghofner's Kinderklinik) Mittheilung. Bekanntlich hat zuerst Slawyk die Koplik'schen Angaben nachgeprüft (s. Excerpta VII, S. 455) und jene Flecke in der Mundhöhle als bläulich-weiße, soorähnliche, jedoch rundliche, bis  $\frac{1}{2}$  mm im Durchmesser messende Erhabenheiten, inmitten von linsengrossen, gerötheten Schleimhautparthieen geschildert, von denen oft 6—20 auf einer Seite, meist beiderseits, am häufigsten gegenüber den unteren Backenzähnen, sowie auch auf der Lippenschleimhaut zu finden sind. In dieser und ähnlicher Weise sah auch Knöspel regelmässig die centralen Pünktchen von bläulich-weißer Farbe in Gruppen gelagert inmitten der fleckig gerötheten Schleimhaut beider Wangen, stets auch gegenüber den oberen Backenzähnen, sehr häufig rings um den Ausführungsgang des Ductus Stenonianus. Fast regelmässig fand er dieselben auf der Schleimhaut der Lippen und des öfteren auf der Gingiva. In einigen Fällen beobachtete er, frühestens am Tage vor dem Auftreten des Hautexanthems, aber dann immer bis zum Abblassen desselben fortbestehend, auf der Gingiva sowohl des Unter- wie des Oberkiefers eine dünne, florartige, membranöse Auflagerung von bläulich-weißer Farbe, die sich gleich den Koplik'schen Flecken von der Gingiva mit der Pincette abziehen und darunter die etwas injicirtere Schleimhaut sehen liess. Gleich den Koplik'schen Flecken stellt sich auch diese unter dem Mikroskop als eine Anhäufung platter Epithelien dar, die stellenweise eine grosse Menge Fettkügelchen enthalten. An dem unregelmässig gezackten Rande dieser wie ein Häutchen die Gingiva bedeckenden Schicht fanden sich rundliche Koplik'sche Flecke oft, die oben beschriebenen Durchmesser hatten. Stets schwanden die Koplik'schen

Flecke am 2. oder spätestens am 3. Tage nach Auftreten des Exanthems auf der Haut und konnten zu dieser Zeit dieselben mittels des Spatels oder schon durch einfaches Berühren mit der Zungenspitze leicht weggewischt werden. Am deutlichsten fanden sie sich entwickelt am Tage vor dem Auftreten des Hautausschlages, oder wenn das Gesicht bereits einzelne Efflorescenzen des Exanthems zeigte, der übrige Körper aber noch vollständig frei war. Frühestens zeigten sich 5 Tage vor Auftreten des Hautausschlages auf beiden Wangen deutliche Koplik'sche Flecke. Die Untersuchung der Mundhöhle wurde stets bei gewöhnlichem Tageslicht vorgenommen und genügte das Eingehen mit dem Spatel und Seitwärtsziehen der Wange mittelst dieses, dieselben zur Ansicht zu bringen. Auch das Vorstülpen der Wangenschleimhaut mit Hilfe des auf die Wange von aussen drückenden Zeigefingers bei gleichzeitigem Seitwärtsziehen des zwischen Daumen und Zeigefinger gefassten Mundwinkels schafft guten Einblick. Im Ganzen sah Autor bis jetzt bei 41 zur Aufnahme gelangten Morbillenfällen die Koplik'schen Flecke. Bei 20 davon war das Hautexanthem noch nicht zum Ausbruch gekommen und trat dasselbe bei 1 Fall erst nach 5 Tagen, bei 6 nach 4, bei 3 nach 3, bei 3 nach 2 Tagen und bei 4 Fällen am nächsten Tage auf. Die übrigen Fälle wurden bereits mit Hautexanthem aufgenommen und befanden sich 15 am 1. Tage des Hautausschlages, 5 am 2. Tage und 1 Fall am 3. Tage. Ferner wurden noch in einer grossen Anzahl von Fällen der Ambulanz die Flecke gesehen und noch in keinem Falle geschah es, dass trotz vorhandener Koplik'scher Flecke das Masernexanthem ausblieb. Der Controle wegen wurde auch die Mundhöhle der Scharlach- und Diphtheriekranken und auch anderer Kinder untersucht. In einem dieser Ambulanzfälle, wo Soor vorlag, war die Affection, was Localisation und Form betraf, den Koplik'schen Flecken ähnlich. Es handelte sich um ein Kind im Alter von 9 Monaten mit etwas Conjunctivitis, Rhinitis, Bronchitis neben starker Soorentwicklung auf der Schleimhaut des Mundes. Letztere bot Vegetationen auch auf der Wangenschleimhaut beiderseits gegenüber den unteren Backenzähnen in Gruppen von ca. 20 Punkt-



chen von  $\frac{1}{2}$ —1 mm Durchmesser. Bei näherem Zusehen aber constatirte man, dass die Vegetationen von rein weisser Farbe, von ganz unregelmässigen, gezackten Formen und grösseren Durchmessern waren, als die Koplik'schen, ferner dass auch die Zunge und die Schleimhaut am Uebergangstheil des harten in den weichen Gaumen solche Flecke trugen, sodass die Diagnose nicht auf M. gestellt wurde und mit Recht, wie dann das Mikroskop zeigte. Auch bei einigen Kindern mit morbillenähnlichen Exanthemen, aber ohne Koplik'sche Flecke stellte es sich heraus, dass M. nicht vorlagen; in die Masernstation verlegt, acquirirten die Kinder dann M. und jetzt fehlten auch die Koplik'schen Flecke nicht. — Die Koplik'schen Flecke sind also ein sicheres und unzweideutiges Frühsymptom bei M., und als solches vom 5. bis 3. Tage an vor Ausbruch des Hautausschlages nahezu in allen Fällen vorhanden. Sie sind das sicherste aller Masernfrühsymptome und lässt ihr Vorhandensein oder Fehlen sichere Schlüsse für oder gegen die Diagnose dieser Infectiouskrankheit berechtigt erscheinen.

(Prager medic. Wochenschrift 1898 No. 41—42.)

**Neuralgieen.** Eine Combination von *Cannabis indica* mit *Salicyl* soll gegen neuralgische Schmerzen sehr wirksam sein:

Rp.

*Extr. Cannab. ind.* 0,5

*Acid. salicyl.* 5,0

M. f. pulv.

Divid. in part. No. X.

S. 2—3 Pulver täglich.

(Clinica mod. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 41.)

— **Pyrosal** und **Phenosol** hat Stabsarzt Dr. Burghard (Berlin, I. medic. Klinik) in einer Reihe von Fällen als Antirheumaticum, Antineuralgicum und Antifebrile mit gutem Erfolge angewandt. Pyrosal ist saures salicylessigsäures Antipyrin (enthält 50% Antipyrin, 36—87% Salicylsäure), Phenosal ist Salicylessigsäure-



p-Phenetitid (enthält 57% Phenacetin und 43% Salicylsäure). Beide Mittel (J. D. Riedel, Berlin) sind weisse Pulver, welche bitter-säuerlich schmecken, aber ganz gern genommen, leicht resorbirt und gut vertragen werden (nur vermehrte Schweisssecretion!). 4–6 Mal täglich à 0,5 gegeben, erzielten sie meist prompte Wirkung und sagt Autor: „Die mit beiden Mitteln erzielten Erfolge berechtigen mich meines Erachtens, die Einführung des Pyrosals und Phenosols als werthvolle Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes zu bezeichnen. Selbstverständlich stellen beide kein Allheilmittel rheumatischen oder neuralgischen Leiden gegenüber dar, sie verhüten nicht den Hinzutritt einer Pleuritis, Endo- oder Pericarditis zu einem acuten Gelenkrheumatismus, sie verhüten auch nicht Recrudescenzen oder Recidive, sie versagen auch gelegentlich einmal überhaupt; aber dieses Schicksal theilen sie mit allen übrigen Antirheumaticis und ich stehe nicht an, zu behaupten, dass die Zahl der negativen Effecte bei Pyrosal und Phenosol geringer war, als bei den sonst üblichen Medicamenten, dass also Pyrosal und Phenosol im allgemeinen promptere Wirkung zeigten, als Salicylsäure und therapeutisch verwandte Stoffe für sich gegeben.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1898, No. 41)

**Rhinitis.** Die submuköse Injection bei Rh. hypertrophicans

empfiehlt Dr. Hamm (Braunschweig) als sehr einfache und doch wirksame Behandlungsmethode. Nach Cocainisirung der Schleimhaut spritzt er mit einer Pravaz'schen Spritze, an der sich eine gebogene Nadel befindet, 0,5 gr einer 10%igen Chlorzinklösung zwischen Schleimhaut und Knochen. Der Schmerz ist unbedeutend und lässt sich ganz vermeiden, wenn man erst Cocainlösung, dann nach etwa 3 Minuten Chlorzinklösung unter die Schleimhaut der Muschel einspritzt. Der Erfolg ist ein ausgezeichneter; es genügt eine einmalige Injection, um innerhalb einer Woche die afficirte Muschel zu heilen. (Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. s. w. 1898, No. 9.)

- Einen Fall von primärer isolirter Nasendiphtherie erlebte Dr. C. Cassel (Posen): Die 12jährige scrophulöse Pat. klagt, dass sie seit mehr als 4 Wochen an Schnupfen

leide, wozu seit 14 Tagen Verstopfung der linken Nasenhöhle getreten sei, in den letzten Tagen quälte sie Schmerz in der Nase. Das Mädchen machte durch Schwellung der linken Nasenhälfte, deren Haut stark gespannt war und durch Verstrichensein der Nasolabialfalte einen stupiden Eindruck. Der Naseneingang und die Oberlippe sind geröthet und excoriirt. Die Nasenschleimhaut ist linksseitig in ihrer gesamten Ausdehnung sowohl am Septum, als auch an den Muscheln geschwollen, geröthet und mit grauen Membranen belegt. Bei Berührung derselben (sehr schmerzhaft) leicht Blutung. Rachen normal, Gehörorgan ebenso; kein Fieber, kein Eiweiss im Urin. Die bakteriologische Untersuchung des Secrets zeigte typische, echte Löffler-Bacillen. Nach deren Constatirung injicirte Autor unter Weglassung jeglicher localen Behandlung der Nase 1000 I.-E. Heilserums. Am übernächsten Tage zeigte das Aeussere der Nase bedeutende Abschwellung. Schmerzhaftigkeit völlig geschwunden, Schleimhaut blasser nicht mehr so leicht blutend, die grauen Membranen kaum mehr sichtbar. Nunmehr 2. Injection der gleichen Dosis Serum. Darauf rasches Schwinden aller Symptome, Nase für Luft normal durchgängig. Nur die bakteriologische Untersuchung ergab noch echte Diphtheriebacillen. Nach zweiwöchentlicher Localbehandlung mit Kalkwasserspray und Nosophen verschwanden auch diese. — Die Gefahr der Uebertragung einerseits, die Abkürzung der Behandlungsdauer andererseits lässt es gerathen erscheinen, die bakteriologische Seite jeder fibrinösen Rhinitis im Auge zu behalten.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 10.)

**Tuberculose.** 3 Fälle von T. der Haut des Unterlides, sämmtlich bei Kindern, beobachtete in den letzten 2 Jahren Primarius Dr. E. Bock (Laibach). So bei einem 4jährigen Knaben, dessen Mutter über Beginn und Dauer der Erkrankung nichts zu sagen wusste. Das mittelkräftige, schlecht genährte und blasse Kind wies an der linken Halsseite einige vergrösserte Lymphdrüsen auf an den Lungen fand sich nichts. Auch die Augen er-

schiienen normal, dagegen sass in der Haut der rechten Lidwangenspalte eine bohnergrosse, violett gefärbte, scharfumgrenzte Geschwulst von teigiger Consistenz und sich bei Druck nicht verändernd. Autor spaltete den Tumor und entfernte das sich vordrängende schwammige Gewebe mit dem scharfen Löffel, wobei er bis zur Fascie kam, die sich als gesund erwies. Einstäubung von Jodoform, trockener Gazeverband. Etwa 12 Tage später verliess Pat. das Spital; an Stelle der Geschwulst befand sich eine kaum sichtbare, hellviolette Narbe. Die mikroskopische Untersuchung ergab in dem an Riesen- zellen reichen, fleischwärzchenartigen Gewebe eine grosse Menge von Tuberkelbacillen. Die beiden anderen Fälle betrafen einen 7jährigen Knaben, bei dem die Situation ganz die gleiche wie beim 1. Falle war und ein 10jähriges Mädchen. Bei diesem war die Geschwulst fast mandelgross, der Schluss der Wunde ging sehr langsam von statten und nach 5 Wochen, nach Eröffnung und Auskratzung, war eine kleine Hautfistel vorhanden und die Haut um dieselbe schmutzigviolett verfärbt. Erst in der 7. Woche Heilung.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 35.)

- Ueber die **Exantheme der T.** („**Tuberculides**“ **Darier**) lässt sich Prof. C. Boeck (Cristiania) aus. Man versteht darunter nicht jene bekannten Formen der Hauttuberculose (*Scrophuloderma*, *Lupus vulgaris*, *Tuberculosis miliaris* und *verrucosa*), bei denen sich der Tuberkelbacillus direct nachweisen lässt, sondern Affectionen, bei denen Tuberkelbacillen sich nicht vorfinden, deren Träger aber früher oder später an Tuberculose erkranken, sodass man unwillkürlich das Hautleiden mit der T. in Zusammenhang zu bringen hat, vielleicht entstanden durch Fernwirkung des Bacillus, durch seine Toxine. Dazu gehört z. B. der *Lupus erythematosus disseminatus*, von dem Autor 12 Fälle beschreibt. Die Affection die sich durch Neigung zum Nekrotisiren auszeichnet, ergiebt bei Tuberculinimpfung locale Reaction. Sie heilt auch meist ohne Localtherapie bei Besserung des Allgemeinzustandes aus; local braucht man nur Bleiwasserumschläge anzuwenden, resp. das von Boeck gegen Jucken empfohlene Liniment. aq. plumb.

Rp.

*Talc. pulv.**Amyl. aa 50,0**Glycerin. 20,0**Aq. plumb. 100,0*

Bei grossen Substanzverlusten durch Nekrotisirung hat Autor am besten Umschläge mit  $\frac{1}{2}$ –1% Argent. nitr. gefunden. Eine weitere Gruppe bildet das Ekzema scrophulosorum, bei Kindern und jungen Erwachsenen vorkommend und mit mehr oder weniger infiltrirten, röthlichen oder gelblich-röthlichen Flecken oder grösseren Flächen auftretend, die oft nur schuppen, aber auch theilweise nassen und mit Krusten belegt erscheinen; Autor sah davon 2 Fälle. Ferner führt er 36 Fälle von Lupus erythematosus discoides an, von denen  $\frac{2}{3}$  deutliche Symptome der Scrophulo-Tuberculose zeigten. Auch andere Hautleiden, die Gangraena cachectica infantum (Simon), Akne cachecticorum (Hebra) sind zu den „Tuberculides“ zu rechnen, von der Pityriasis rubra ist der Zusammenhang noch zu erweisen. Jedenfalls kommt allen diesen Affectionen eine grosse praktische Bedeutung als prämonitorische Erkrankungen der T. zu, die bei geeigneter frühzeitiger Allgemeinbehandlung verhindert werden kann, sich zur vollen Phthisis zu entwickeln.

(Archiv f. Dermatologie 1898, Bd. 42, Heft 1–3.)

- Ueber einen **Fall von tuberculösem Geschwür der Blase** sprach Dr. Strauss (Barmen). Ein 33jähriger Arbeiter erkrankte mit gesteigertem Bedürfniss zum Uriniren, mit Schmerzen beim Uriniren und zeitweiligem Blutabgang aus der Harnröhre. Die Anamnese ergab keinen Verdacht auf T., Lungenbefund normal. Urin hell, leicht getrübt, spec. Gewicht 1012, frei von Zucker und Eiweiss; im spärlichen Sediment zahlreiche weisse Blutkörperchen. Cystoskopie: An der vorderen Wand der Blase 3markstückgrosses Geschwür mit grauem, körnigem Grund, mit aufgeworfenem, unregelmässigem Rande; übrige Blasen-schleimhaut normal. Daraufhin Sectio alta, gründliches Curettement und Ausbrennung des Ulcus. Mikroskopische Untersuchung ergab T., bestätigte



also die gestellte Diagnose. Noch eine Nachoperation war nöthig, dann vollständige Heilung. — Frank (Berlin) betont, dass man möglichst von chirurgischen Eingriffen bei T. der Blase absehen soll, da dieselben sehr leicht zu Exacerbationen des Processes führen können. Autor empfiehlt besonders bei den oft unerträglichen Schmerzen, welche besonders dann sich zeigen, wenn der Blasenboden in der Nähe des Sphincter ergriffen ist, die von Scharff angegebene Application per rectum einer wässrigen Antipyrin-Natr. salicyl.-Lösung. — Strauss stimmt mit Frank überein und meint, er habe lediglich den hohen Werth der Cystoskopie im Auge gehabt.

(70. Naturforscher-Versammlung in Düsseldorf. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

- Einen **Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberculose** liefert Dr. Goldberg (Wildungen). Die Entscheidung über operative Therapie der Urogenitaltuberculose wird beherrscht von der Frage: Beschränkt sich die T. auf ein Organ des Urogenitaltractus? Nur für die Nieren und die äusseren Genitalien kann diese Frage in einer Reihe von Fällen, für die übrigen Organe nur in einzelnen Fällen bejaht werden, isolirte T. der Prostata, Harnleiter, Harnblase oder Samenbläschen ist Rarität. Also kann als Radicaltherapie die operative nur bei Nieren-, Hoden- und Nebenhodentuberculose in Frage kommen. Die örtliche Behandlung der Blasentuberculose kann aus demselben Grunde nur eine palliative sein. Blasenspülung, Blasenätzungen, Blasenexstirpationen etc. sind contraindicirt. Sowohl bei den noch nicht operationsfähigen Tuberculosen, als auch bei den nicht mehr operablen, als auch bei den Operationen als Unterstützung ist die interne Behandlung heranzuziehen. Autor hat bei 13 Urogenitaltuberculosen Ichthyol (1–3 gr pro die) verabreicht; die Wirkung erstreckte sich nicht nur auf den Allgemeinzustand, sondern auch auf die örtlichen Erscheinungen, Blutung, Eiterung, Harndrang, Schmerzen. Die Besserung war so constant, so progressiv, so auf alle Krankheitserscheinungen ausgedehnt, dass eine therapeutische Beeinflussung durch das Ichthyol ohne Zweifel vorhanden war.

(70. Naturforscher-Versammlung in Düsseldorf. — Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 41.)

- **Creosotal und Duotal** hat Dr. Vehmeyer (Haren) bei einigen Fällen beginnender Phthise mit so eclatantem Erfolge benützt, dass er die Präparate bei der Behandlung der T. nicht mehr missen möchte. Eine 4–6 Wochen lange Cur genügte, um Allgemein- und Localerscheinungen der Pat. in ausserordentlicher Weise zu beeinflussen. Er gab vom Creosotal anfangs 3 Mal täglich 10 Tropfen und stieg, täglich um 5 Tropfen höher gehend, bis 3 Mal täglich 25 Tropfen; mit Duotal ging er bis 2 gr pro die.

(Die ärztl. Praxis 1898 No. 19).

- Eine **Combination von Creosotal und Ichthyol bei Phthise** mit sehr befriedigenden Erfolgen angewandt hat Bergarzt Dr. H. Goldmann (Brennberg). Er verschrieb:

Rp.

*Creosot. carbonic.*

*Ichthyol. aa 15,0*

*Glycerin. pur. 30,0*

*Aq. menth. pip. 10,0*

D. S. 3 Mal tägl. 20–30 Tropfen nach den Mahlzeiten in Wein oder Citronenwasser.

In dieser Form wurde die Mischung stets gern genommen (solche Pat., die Widerwillen zeigten, sowie Kinder, erhielten erst 3 Mal täglich 10 Tropfen und erst allmählig wurde mit der Dosis gestiegen). Autor hat nun bei zahlreichen Fällen von Phthisis incipiens (mit Bacillenbefund) solche Wirkungen erzielt, dass er nicht ansteht, von „Heilungen“ zu sprechen (dabei lebten die Pat. in schlechten hygienischen Verhältnissen!).

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 35.)

- **Tuberculöse Symptome der Mesenterialdrüsen mit Milzmetastasen nach einem Trauma** sah Dr. Wilmans (Hamburg). Am 8. Mai 1863 kam der 62jährige Krahnführer Fr. in Behandlung, ein bis dahin stets gesunder Mann, gab an, in den letzten 3 Wochen 20 Pfund an Gewicht abgenommen zu haben, an zunehmender Schwäche, Kopfweh, Schwindel und Durchfällen zu leiden. Sehr grosse palpable Milz, aufgetriebener Leib, 39° Fieber, voller, etwas dikroter Puls (80), roseolähnliche Flecke. Bei gleichem Befunde fieberte der Pat.

gleichmässig (38—39°) und verstarb am 1. Juni unter dem Zeichen von rasch zunehmendem Körperversall an Herzschwäche und Lungenödem. Autor und 2 Collegen zweifelten nicht, dass Typhus vorlag. Um so überraschender war der Sectionsbefund: In der Gegend des Nabels 2 Mesenterialdrüsen, kleinhühnereigross, auf dem Durchschnitte das Gefüge eines weissen, festen Tumors darbietend; die übrigen Mesenterialdrüsen in abnehmender Grösse ebenfalls in festes Tumorgewebe umgewandelt; Milz 3 Mal so gross als normal, von etwa 20 festen, weissen Geschwulstmetastasen von Taubenei- bis Kirschkerndurchmesser durchsetzt. Weitere pathologische Befunde nirgends zu entdecken. Autor dachte an fieberhafte Sarkomatose, bei der mikroskopischen Untersuchung wurden indessen im Lymphomgewebe Riesenzellen und Tuberkelbacillen festgestellt. Klinisch entsprach das Bild täuschend dem bei Typhus und selbst wenn man durch die aufgetriebenen Därme die Tumoren gefühlt hätte, würde man an typhöse, geschwollene Mesenterialdrüsen gedacht haben. Diese Verwechselung war für den Pat. jedenfalls nicht gleichgültig, da statt der Hungerdiät ihm kräftige Ernährung sicherlich bessere Dienste geleistet hätte. Gleich am ersten Tage der Behandlung äusserte die Frau des Pat., dass ihr Mann sich 4 Wochen vorher im Krahn stark mit einem Hebel gegen die rechte Seite des Leibes geschlagen habe und seit dieser Zeit stets über dumpfe Schmerzen in der Tiefe des Leibes geklagt habe und auffällig abgemagert sei. An Typhus denkend, gab Autor auf diese Angabe nichts, wurde aber bei der Section eines anderen belehrt. Wenn man überhaupt annehmen will, dass T. durch ein Trauma entstehen, resp. zur Entwicklung gebracht werden kann, so liegt hier ein Fall vor, der selbst skeptischen Anforderungen genügen muss. Erstens war nicht nur die Aussage der Eheleute durchaus bestimmt, sondern auch Arbeitscollegen bekundeten, dass Pat. am Tage des Unfalls und später stets über dumpfe Schmerzen geklagt habe und seit dieser Zeit verfallen sei. Auch Autor kannte ihn seit Jahren als kräftigen Menschen und war sehr überrascht, als er ihn so abgemagert vor sich sah.

(glaubte aber an Prodromalstadium von Typhus). Zweitens konnte man nach dem ganzen Aussehen der Tumoren annehmen, dass sie rasch gewachsen, etwa 2 Monate lang erst etabliert waren, womit die Zeitangaben übereinstimmen (Anfang April Unfall, Anfang Juni Tod). Drittens stimmt die Stelle des erlittenen Traumas genau mit dem Sitz der tuberculösen Tumoren überein. Pat. hatte sich auf dem sehr hoch stehenden Krahn nach links über gebeugt, um zu sehen, ob in der Tiefe der Wollballen angehakt war, welchen er hoch befördern wollte; er machte dann eine rasche Bewegung nach rechts zurück und zog zugleich den Hebel stark an, sodass dieser ihm gegen den Leib in der Höhe des Nabels fuhr. Pat. empfand einen sehr starken Schmerz und Erschütterung des Leibes, sodass ihm geradezu die Luft wegblieb, wie wenn er mit der Faust einen Schlag in die Magengrube erhalten hätte. Dass durch diesen Hebelschlag in der Höhe des Nabels die Wurzel des Mesenteriums und die Drüsen stark erschüttert werden mussten, liegt auf der Hand. Da nirgends Tuberkel oder alte tuberculöse Residuen im Körper aufgefunden wurden, so muss man wohl annehmen, dass vom Darm aus die Tuberkelbacillen in das Lymphgefäßsystem einwanderten. Schreibt doch Stern: „Es ist längst bekannt, dass eine Contusion des Abdomens, auch ohne eine makroskopisch sichtbare Zerreißung des Darmes herbeizuführen, die Wandung desselben doch für die Mikroorganismen des Darminhalts durchgängig machen kann.“ Die acute Schwellung der Lymphdrüsen und die Bildung der Riesenzellen muss man wohl als Abwehrmassregeln des Körpers gegen die Invasion der Tuberkelbacillen auffassen. Sehr ähnlich waren klinischer Verlauf und mikroskopisch-pathologischer Befund dem bei fieberhafter Sarkomatose und man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, als ob bei dieser Affection und bei „chron. Rückfallfieber“ auch organische Infektionsträger die Krankheitserreger darstellen.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 8.)

- Dass **Jodkalium** ein gutes Reagens für beginnende T. sei, hat Sticker behauptet. H. J. Vetlesen hat das an 27 Fällen nachgeprüft. Wenn ein Patient gehustet hat, geringe physikalisch nachweisbare Störungen an den



Spitzen hat, so wird ihm einige Tage Jodkali (3,0:200,0 3 Mal täglich ein Esslöffel) gegeben. In Fällen von T. tritt dann deutlicher Katarrh, feuchtes Rasseln etc. auf, es kommt oft zum Expectoriren und im Expectorirten finden sich Tuberkelbacillen. Dies erreichte Autor in 8 von den Fällen, während in den übrigen 19 die Reaction ausblieb. Dass in letzteren Fällen wirklich T. nicht vorhanden war, schliesst Autor aus dem Fehlen anderer Erscheinungen, aus dem negativen Erfolg kleiner Tuberculininjectionen und aus dem Gesundbleiben der Patienten nach mehrjähriger Beobachtung; er hält demnach die Sticker'sche Methode für werth, weiter nachgeprüft zu werden.

(Norsk Mag. for Lægevid. —  
Centralblatt f. innere Medicin 1898 No. 39.)

---

## Vermischtes.

---

— Ueber **Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Krankheiten** erstattete Thomsen (Bonn) ein Referat, das er in folgendem Resumé zusammensetzte:

1. Eine exacte Hydrotherapie bei der Behandlung der Geisteskrankheiten giebt es noch nicht, weil einerseits die Ursachen und anatomisch-physiologischen Processe der Geisteskrankheiten unbekannt sind und weil anderseits die physiologischen Wirkungen der Wasserproceduren vielfach noch dunkel sind.
2. Von allen eingreifenden Proceduren, stärkeren Douchen, sehr niedrigen Temperaturen etc. ist bei der Behandlung der Psychosen und Neurosen im Allgemeinen abzusehen.
3. Bei den acuten Psychosen, die mit Erregung einkergehen — Manie, Melancholie, Erschöpfungspsychosen — ist eine systematische und consequente Hydrotherapie, wenn sie sich auch

wissenschaftlich nicht völlig begründen lässt, empirisch von grossem Nutzen. Warme Bäder, regelmässig und oft wiederholt, resp. warme prolongirte Bäder bei Abkühlung des Kopfes sind die geeignetsten Mittel, die Erregung zu bekämpfen. Dasselbe gilt für alle übrigen Erregungszustände, bei denen symptomatisch das warme Bad, resp. die feuchte Einpackung sich als das beste Beruhigungsmittel erwiesen hat. Von dem Kräftezustand des Pat., von seiner Individualität und von seinem Widerstreben gegen die Maassregel ist es abhängig zu machen, ob man eine Einpackung oder ein warmes Bad giebt; im Zweifel wird das letztere vorzuziehen sein.

4. Bei apathischen, stuporösen oder affectlosen Kranken ist neben den warmen Bädern das Halbbad mit nachfolgender Uebergiessung resp. der kalten Abreibung das geeignetste Mittel, Circulation und Stoffwechsel günstig zu beeinflussen.

(Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte, Bonn, Sept. 1898. — Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 40.)

— **Sanatogen** hat Dr. Gumpert (Berlin) bei 30 Pat. längere Zeit hindurch angewandt, ohne je Widerwillen dagegen oder Störungen des Magendarmtractus wahrzunehmen. Die verabreichte Menge richtet sich nach Alter, Nahrungsbedürfniss, Verdauungsfähigkeit etc. und betrug 10—40 gr pro die, manchmal noch mehr. Da das Präparat zu 95% aus reinem Eiweiss besteht, so war es möglich, oft den grössten Theil des Eiweissbedarfes damit zu decken. Pat. mit Verdauungskrankheiten, Tuberculose, Herzkrankheiten, Anaemie und dergl. erhielten das Präparat, das oft den Appetit sichtlich hob und auch da, wo andere Nährpräparate im Stich liessen, bisweilen in verzweifelten Fällen, eine Steigerung des Körpergewichts und der Kräfte bewirkte. Man kann heute schon sagen, dass Sanatogen ein hervorragendes Nährpräparat ist.

(Deutsche medle. Wochenschrift 1898, Therap. Beilage No. 10.)

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 4.**

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

**Januar**

**VIII. Jahrgang**

**1899**

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Anaesthesie, Narkose.** A. Scheurer hat bei dem bekanntlich sehr hartnäckigen und oft allen Mitteln trotzen- den **Nachschmerz nach Extraction von Zähnen bei gleichzeitiger eitriger Alveolarperiostitis** folgendes Mittel als unfehlbar kennen gelernt. Er wischt das Wurzelfach tief mit concentrirter flüssiger Carbolsäure aus, indem er damit um eine Pin- cette gewickelte Watte tränkt. Die Schmerzen hören sofort auf, um nicht mehr wiederzukommen, was, wie sich Autor seit 5 Jahren überzeugt, stets prompt eintritt. Amerikanische Zahnärzte berichten über ähnliche Erfolge.

(Prager medie. Wochenschrift 1898 No. 21.)

— **Orthoform als ausgezeichnetes Anaestheticum bei Larynx- tuberculose** bezeichnet Dr. E. Fink (Hamburg). Bringt man das Mittel auf tuberculöse Larynxgeschwüre, so ent- wickelt sich hier schon nach wenigen Minuten nicht



nur vollkommene Anaesthesia, sondern diese hält auch ganz prompt 12—15 Stunden an. Die Application geschieht mittelst eines Pulverbläfers, der unter Leitung des Kehlkopfspiegels in den Larynx eingeführt und dort entleert wird; bei der Ungiftigkeit des Präparats schadet es nichts, wenn es etwas reichlicher applicirt wird und ein wenig auch neben den Geschwüren in den Hals kommt (auch eine Beschränkung der übermässigen Secretion bewirkt Orthoform nebenbei in deutlicher Weise). Bei einem tuberculösen Zungengeschwür lernte Autor ebenfalls das Mittel schätzen, desgleichen in der rhinologischen Praxis. Wo hier an ulcerirten Stellen schmerzhaft Eingriffe zu machen sind (z. B. Sondirungen bei Caries, insbesondere des Siebbeins), da leistet Orthoform Vorzügliches; man muss nur nach der Application 15—20 Minuten warten und vorher die betreffende Stelle von Secret reinigen (mittelst Sprays und Austupfung).

(Die ärztl. Praxis 1898 No. 20.)

- Ueber **Orthoformemulsion** lässt sich Dr. C. Kassel (Posen) aus. Die Pulverbehandlung des Larynx hat Schattenseiten; die Pat. reagiren meist mit starken Hustenstößen und empfinden oft unangenehmes Brennen. Sehr leicht schaltet man die Reaction aus, wenn man mittelst Trachealspritze unter Phonation von „Hae“ das Mittel in Emulsionsform in den Kehlkopf bringt; mit einer Kehlkopfspritze mit erweiterten Endöffnungen wird eine Emulsion von 25 gr Ol. Olivar. injicirt. Das nur wenige Momente anhaltende brennende Gefühl macht bald der Empfindung Platz, „als wenn ein Kloss im Munde stecke“. In dieser Zeit, welche bis  $\frac{1}{4}$  Stunde anhalten kann, besteht beim Essen schon Anaesthesia und Pat., die wochenlang nicht feste Speisen zu sich genommen, oder, wenn dies unter Cocain möglich war, so doch nur kurze Zeit nach der Application und unter dem lästigen Cocaingeschmack, nehmen jetzt wenige Minuten nach Injection der Emulsion jede Nahrung zu sich. Diese Anaesthesia hält 24 Stunden bis  $3\frac{1}{2}$  Tage an. Autor machte seine Versuche nur bei Pat. mit Tuberculose und konnte hier bei Orthoformgebrauch auch Abnahme der Secretion constatiren.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 10.)



- Seit einiger Zeit bringen die Farbwerke Höchst a. M. ein „**Orthoform neu**“ in den Handel, das sich, wie Prof. Dr. Klaussner (München) mittheilt, vor dem bisherigen Präparat dadurch auszeichnet, dass das Pulver gleichmässig fein und weisser ist, sich weniger zusammenballt und billiger ist. Es wurde an zahlreichen Pat. der chirurg. Poliklinik bei Geschwüren, Fissuren, Verletzungen, Brandwunden etc. versucht und für wirksam befunden. — Zum Beweise der völligen Ungiftigkeit des Orthoforms bei äusserlichem Gebrauch berichtet Autor über folgende 2 Fälle: 1. Bei einem inoperablen Carcinoma mammae mit sehr ausgedehnter, fürchterlich brennender Geschwürsfläche (von der Clavicula bis zum 5. Intercostalraum und von der linken vorderen Axillarlinie bis zum Rücken in einer Ausdehnung von 28 cm reichend) wurde Orthoform als Pulver und Salbe (20 %) applicirt und damit jedesmal eine 10 bis 12 Stunden andauernde, vollkommene Schmerzlosigkeit erreicht (auch Verschwinden des Geruchs, Steigerung des Appetits, Sinken der Pulsfrequenz). Vom 26. December 1897 bis 28. Mai 1898 (Todestag) wurden 4260 gr ohne jeglichen Nachtheil verwandt. 2. Hochgradiger Morphinist, aufs äusserste abgemagert und mit zahlreichen, über handtellergrossen Decubitusgeschwüren behaftet, bekam Orthoform erst als Salbe (10 %), dann als Pulver (mit Acid. boric. aa), pro Tag etwa 15 gr, von Mitte März an bisher etwa 5600 gr. Stets prompter Erfolg 24 Stunden lang, nie Zeichen von Intoxication.
- (Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 42.)

- Bloss **Blutleere als Localanaesthetie** empfiehlt Dr. S. Kofmann (Odessa). Zum ersten Mal versuchte er dieselbe bei einem 16jährigen Mädchen mit Ganglion am Dorsum der rechten Handgelenksgegend. Der Es-march'sche Schlauch wurde in der Mitte des Oberarms angelegt, dann die Reinigung vorgenommen: Abseifen, Abrasiren, Abreiben mit Ol. Terebinth. und Aether, Abspülen mit Sublimat. Pat. klagte zuerst über Absterbegefühl im Arm, dann über Schmerzen an der Constrictionsstelle. Inzwischen wurde die Reinigung vollführt, die Hand sah leichenblass aus. Die Operation: Ab-

präpariren der Geschwulst bis zur Ursprungsstelle an der Sehne des Ext. carpi radial., Resection derselben und Nahtanlegung, wurde dann schmerzlos ausgeführt. — 45jährige Patientin klagt, dass ihr vor einigen Stunden eine Nadel in die Hohlhand eingedrungen sei. Einstichstelle in der Interossealgegend zwischen 4. und 5. Finger kaum zu sehen. Autor legte den Schlauch am Oberarm an, reinigte (wie oben) und machte, nachdem die Blutleere vollständig war, am Dorsum einen 3 cm tiefen Schnitt; es musste langsam und präparatorisch vorgegangen werden, eine ziemlich grosse Vene musste durchschnitten und abgeklemmt werden, man musste in der Musculatur ein wenig wühlen, da die Nadel sich im M. inteross. des Kleinfingers eng am Knochen eingebettet erwies — Autor arbeitete ohne Assistenz, Pat. verspürte keinen Schmerz. Nach diesen 2 so erfolgreichen Versuchen operirte Autor ebenso bei einer Anzahl von Abscessen, Onychien, Sehnen- und Knochenpanaritien u. s. w. Um die betreffende hoch emporgehobene Extremität wurde der Constrictionsschlauch angelegt und nun gereinigt. Die Extremität wird immer blasser, und schon nach einigen Minuten kann man schmerzlos operiren, ja die Pat. wissen mit verbundenen Augen gar nicht, ob operirt wird. Auch längere Zeit über kann man operiren; so wurde ein 10 Jahre altes Kind 15 Minuten lang so anaesthetisirt. Die Vollständigkeit der Constriction ist eine *Conditio sine qua non*. Nachdem Autor in einem Falle von Amputation einer cariösen Endphalange Druckgangrän einer grossen Zehe an der Constrictionsstelle um die Basalphalange erlebt hat, legt er den Schlauch nicht gern um Finger und Zehen, sondern um das nächste Gelenk (Fuss oder Hand). Die kleine Zeitversäumniss kann man gern in den Kauf nehmen. Die Anaesthesie tritt immer auf, wenn der zu operirende Theil leichenblass wird. Das Verfahren schliesst sich eng an das Oberst'sche an, nur dass bei letzterem noch Cocain benützt wird, das ja event. auch mal in kleinsten Quantitäten schaden kann, dass Injectionsschmerzen meist nicht fehlen, dass es auf Finger und Zehen beschränkt ist, bei Operationen an Fuss und Unterarm aber nicht benützt werden kann. (Centralbl. f. Chirurgie 1898 No. 40.)

- **Ist die Aethernarkose fürs Herz harmlos?** Diese Frage wurde bisher meist bejaht. Es hiess, dass bei Aethernarkose sich stets der Blutdruck hebt, ein Sinken nicht vorkommt, der vorher schlechte, elende Puls ausnahmslos besser wird, primäre Synkope des Herzens nicht vorkommt (Garré), dass der Operateur unbekümmert um die Narkose weiterarbeiten kann (Riedel), dass man auf den Puls gar nicht zu achten braucht (Tschmarke) u. A. Wie gefährlich solche Lehren sind, zeigt ein von Dr. Hegeler (Ulm) publicirter Fall, eine corpulente Arbeiterfrau betreffend, welche wegen Brustdrüsenkrebs operirt wurde. Sie ertrug die Narkose anfangs ohne Reaction, plötzlich aber — es waren etwa 40 gr Aether verbraucht — wurden die Augen glasig, Herz und Puls standen still. Es war energische Thätigkeit nöthig, um der Katastrophe Herr zu werden. Zweifellos hatte man es mit Fettherz zu thun, aber gerade hier war nach den bisherigen Erfahrungen Aether indicirt. Autor bleibt weiter ein Freund des Aethers, das für den praktischen Arzt, abgesehen von Lungenkranken und von Gesichtsoperationen, als Narkoticum durchaus dem Chloroform vorzuziehen ist, aber er möchte im Anschluss an seine Beobachtung dringend betonen, dass auch beim Aether Herz und Lungen eine genaue Controle während der Narkose erheischen.

(Medicin. Correspondenz-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins  
1898 No. 44.)

- **Ein Symptom zur Feststellung der Prognose für die Betäubung mit Chloroform** giebt Dr. R. Lehmann (Dresden). Derselbe stiess nicht selbst darauf, sondern ein Frl. Dietrich, die seit 4 1/2 Jahren alle Narkosen bei ihm leitet und vor 4 Jahren das Zeichen entdeckte, das nach Lehmann's Erfahrung bei grösster Einfachheit den Chloroformirenden schon zu einer sehr frühen Zeit der Betäubung in den Stand setzt, auf kommendes Unheil zu achten. In den Fällen nämlich, wo sich die Narkose schwierig gestaltet, behalten die Pat. von Anfang an die Augenlider offen oder halb offen und wenn man sie schliesst, stehen sie im nächsten Moment wieder weit oder halbweit auf. Autor bemerkte dieses Symptom bei 21 Fällen, die alle Lebensalter, vom Säugling bis

zum Greise, betrafen; bei allen stellte es sich heraus, dass die Narkose Schwierigkeiten (Erbrechen bei der Narkose trotz leeren Magens, sehr langes und stürmisches Excitationsstadium, Asphyxie und Synkope) bot. Da man gewarnt war, wappnete man sich auf alle Eventualitäten und es gelang in jedem dieser 21 Fälle, wenn auch in einigen erst nach  $\frac{1}{2}$  stündiger Massage des Herzens und gleichzeitigen Zungentraktionen, die Operation zu vollenden, ohne dass eine üble Nachwirkung eintrat.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898. No. 86.)

**Cholelithiasis.\*)** Riedel als Correferent entwickelte seine Anschauungen von der Pathogenese der Gallenstein-  
 kolik nach seinen Beobachtungen am Lebenden. Das Leiden beginnt, sobald ein Stein sich im Ductus cysticus feststellt und dadurch den Durchfluss der Galle behindert. Es entwickelt sich dadurch ein seröser Hydrops der Gallenblase, der durch den andauernden Reiz des Fremdkörpers in eine Entzündung übergeht. Eine Infection liegt dabei nicht vor. Die Entzündung wird zuweilen durch mechanische Einwirkung von aussen (Trauma) auf die Gallenblasengegend ausgelöst. Ist der Stein klein, so wird er aus dem Ductus cysticus in den Ductus choledochus getrieben — dabei kann es zu Icterus kommen — und nach wenigen Tagen alsdann mit den Fäces entleert. 95% der Fälle verlaufen aber ohne diesen „reell lithogenen“ Icterus. Gelegentlich greift aber die Entzündung auf die Gallenwege über, es entsteht der entzündliche Icterus. Die Gallenblase braucht beim 1. Anfall nicht erheblich anzuschwellen, Abführmittel wirken sehr mildernd auf die Schmerzen, welche diese acute Gallenblasenentzündung (die eine Gallenstein-  
 kolik vortäuscht) hervorruft; das ist das Geheimniss der Wirkung von Karlsbad! Die Indication zur Operation ist gegeben, sobald die Diagnose Cholecystitis gestellt ist. Die Chancen zur Entfernung des sie verursachenden Steins sind günstig. Andernfalls kann der Pat. in solch acutem Anfall zu Grunde gehen. 80—90% der sogenannten Gallenstein-

\*) Fortsetzung aus der vorigen Nummer.



koliken sind Gallenblasenentzündungen! In allen diesen Fällen ist die Operation leicht. Wenn der Stein statt im Blasenhal im Ductus cysticus fest sitzt, so bleibt das Bild dasselbe; es ändert sich erst, wenn der Stein im Ductus choledochus ankommt: jetzt wird das Leiden ernstlich, es drohen die Gefahren des Allgemeinleidens, deshalb sofortige Operation. Selbst kleine Steine dehnen den Gang zuweilen sehr stark, in ihnen hängen bleibend, andererseits geht zuweilen auch ein grosser Stein durch. Jahrelang werden oft Choledochusteine ohne Beschwerden und ohne Icterus herumgetragen. Die Operation ist ungefährlich, so lange nur eine rein seröse Entzündung des Ductus choledochus vorhanden ist. Die gestellte Diagnose an sich rechtfertigt auch hier schon die Operation. Das eventuelle Einlaufen der Galle in die Bauchhöhle schadet nichts, wenn sie nicht inficirt ist. Deshalb soll man vor Eintritt der Infection operiren, da man eben oft den Ductus choledochus eröffnen muss. Wenn bei einem Pat. nach dem Abgang kleiner Steine nicht alle Beschwerden schwinden, so kann man vermuthen, dass noch andere im Ductus stecken, namentlich grössere, die ihn nicht passiren konnten. Karlsbader Curen vermögen bei Gallensteinleiden gar keine Wirkung auszuüben. — Löbker (Bochum) giebt seine **Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie und chirurgischen Therapie der Ch.** zum Besten. Er hat in 8 Jahren 367 Fälle beobachtet, davon 172 operirt (157 Frauen und 16 Männer). Davon hatten 17 ein Carcinom, von den übrigen 155 Fällen entfielen 37 auf die Cholecystotomie; sämmtlich genesen. 87 Mal wurde die schwer erkrankte Gallenblase exstirpirt. Nur 2 Pat. starben. Die Choledochotomie wurde 12 Mal gemacht zur Entfernung der Steine, 11 Mal geheilt, dabei 8 Mal gleichzeitig Cholecystektomie. Die Nothwendigkeit einer Choledochotomie müsste immer geringer werden zu Gunsten der Gallenblasenoperationen, die leichter auszuführen sind und bessere Chancen für dauernde Heilung geben. Die Operation soll daher im allgemeinen früher unternommen werden! Dass die Gallensteinerkrankungen durch Ausstossung der Steine per vias naturales spontan vollkommen heilen können, unterliegt keinem Zweifel. Deshalb ist die Operation

nicht in jedem Falle nothwendig. Spontanheilungen treten aber meist nur in nicht ernstlichen Fällen ein, der Durchgang grösserer Steine erzeugt fast immer Icterus; das Verschwinden desselben beweist aber noch immer nicht die Austossung der Steine, wenn sie nicht im Koth gefunden werden. Die Gefahren der frühzeitigen Operationen verschwinden gegenüber der ständig drohenden Gefahr ernster Complicationen, sobald die Steine nicht nachweisbar abgegangen sind. Grosse Solitärsteine sind selten. Der Abgang kleinerer Steine schliesst das Vorhandensein noch anderer nicht aus. Wo typische Kolikanfälle aufgetreten sind, da ist Entzündung der Gallenwege vorhanden, ohne dass dabei immer eine Einklemmung statt hätte. 10% aller Operirten waren von Carcinom befallen. Nicht die Anwesenheit von Steinen bedingt bei Ch. die Operation, sondern die Verhütung ihrer Complicationen. — Naunyn betont nochmals, dass der Gallenblaseninhalt schon frühzeitig immer infectiös gefunden wird. Das durchaus nicht harmlose Bacterium coli erweist sich gerade in der Gallenblase oft sehr virulent. Er hält auch daran fest, dass mit der Cholecystitis von Anfang an eine Cholangitis einhergeht; denn nicht nur die Gallenblase ist geschwollen, empfindlich, sondern auch die Leber. Die eitrige Cholecystitis ist oft weniger schlimm, als die acute infectiöse. Man darf nicht ohne weiteres aus der Beobachtung am Operationstisch mit solcher Sicherheit Schlüsse auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse ziehen! Nur die Section gestattet einen genauen Einblick. Steine, die den Ductus choledochus passiren, brauchen durchaus nicht Icterus zu machen. Grössere gehen durch ihn nicht hindurch, sondern sie haben sich dann den Weg durch eine Choledochoduodenalfistel gebahnt, welche irrthümlich für einen erweiterten Ductus choledochus gehalten wurde. Diese günstigste aller Fistelbildungen geht oft unbemerkt vor sich. Die beste Chance für die Operation bietet die einer Cholecystitis dar. Tastbare Gallenblasentumoren sind das ungünstigste Object. — Riedel: Ob das Bacterium coli in der Gallenblase ist oder nicht, ist für den klinischen Verlauf gleichgültig und darum nicht zu erkennen. Er extirpirt die Gallen

blase nie, hat dennoch nie Recidive gesehen, wenn nicht durch übermässig ausgedehnte Verwachsungen, Abscesse in der Tiefe, die nicht zugänglich waren und dergleichen, eine vollständige Operation verhindert war. Er hat 23 Mal Carcinom auf dem Boden der Ch. gesehen. — Löbker: Die Gefahren der Ch. sind die Steine, die nicht durchkommen können und das Carcinom. Diesen beiden Ereignissen soll durch frühzeitige Operation vorgebeugt werden.

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

**Intoxicationen.** Eine Bromoformvergiftung erlebte Dr. K. Reinecke (Blomberg i. L.). Ein 3jähriges Mädchen fing, nachdem ihm der letzte Löffel aus der Arzneiflasche gereicht worden war, bald zu taumeln an und fiel dann besinnungslos hin; Haut ganz kühl, Puls nicht fühlbar, Kopf schlaff herabhängend (Angaben der Mutter). 20 Minuten später nahm Autor folgenden Status auf: Ziemlich kräftig entwickeltes Mädchen; völlige Bewusstlosigkeit, Körper liegt regungslos da, keine Reaction auf Anrufen und Hautreize; Gesicht, besonders Lippen, cyanotisch verfärbt, Ohren und Nase kühl; Schmerzempfindung aufgehoben; Extremitäten sehr kühl, ohne jeden Contractionszustand; Augäpfel unter den halbgeschlossenen Lidern in natürlicher Stellung, Pupillen stecknadelkopfgross, ohne Reaction; Cornealreflex fehlt; Mund-, Zungen-, Rachenschleimhaut normal; Respiration sehr oberflächlich und frequent, zuweilen aussetzend; Trachealrasseln; Puls an der Radialis nicht fühlbar, Spitzenstoss nicht palpabel, Herztöne eben hörbar; Patellarreflexe erloschen. Der exquisite Bromoformgeruch der Expirationsluft, identisch mit dem der leeren Medicinflasche, sicherte die Diagnose. Therapie (da Autor keine Magenpumpe, Apomorphin etc. da hatte) musste sich auf Reizmittel und Ueberwachung der Lungen- und Herzthätigkeit beschränken. Der Oberkörper des völlig entkleideten Kindes wurde in feuchte warme Tücher und dann in Wolldecken eingeschlagen, die Beine in erwärmte Tücher eingehüllt, vor die Fusssohlen Wärmesteine gelegt. Durch künstliche Athmung allmählig

schwache selbständige Respirationen. Vorziehen des Unterkiefers genügte, das Zurückfallen der Zunge zu verhüten. Dazu Haut- und Schleimhautreize. Nach Verlauf von einer Stunde Herzthätigkeit gehoben, Radialispuls fühlbar, aber Benommenheit noch total, Sensibilität noch erloschen. Nach einer weiteren halben Stunde röthet sich das Gesicht, Puls kräftiger, Athmung tiefer und regelmässiger. Eine Stunde später wachte Pat. auf und war ziemlich munter. Dann mehrmaliges Erbrechen, ebenso Tags darauf, sonst Wohlbefinden, das auch weiter anhielt. Die Arznei, von der Pat. getrunken hatte, war folgende:

Rp.

*Bromoform. 2,0*

*Spirit. 5,0*

*Aq. dest. 60,0*

*Sgr. simpl. 20,0*

D. S. zweistündl. 1 Theelöffel.

Autor liess sie nochmals anfertigen und fand, dass das durch Spiritus gelöste Bromoform im Ueberschuss von Wasser wieder zum Ausfallen gebracht wurde. Pat. hatte also mit dem letzten Löffel annähernd die ganze Bromoformmenge zu sich genommen! 2 gr hatten genügt, eine 3stündige Narkose herbeizuführen; ein Zeichen, dass Bromoform kein unschuldiges Mittel ist. Am besten ist Verordnung in Tropfenform nach Stepp; giebt man es mit Spiritus oder Cognac und Wasser, so muss man etwas Chloroform zusetzen. So empfahl Gay jüngst:

Rp.

*Bromoform. 1,2*

*Chloroform 0,8*

*Rum ad 120,0*

(Therap. Monatshefte 1898 No. 7.)

— Einen Beitrag zur Kenntniss der Lysolvergiftung liefert Dr. G. Kluge (medic. Universit.-Poliklinik Kiel). Eine 35 jährige, kräftig gebaute und gut genährte Frau bekommt in der Reconvalescenz eines Typhus, der viele Wochen lang bestanden hatte, von der Wärterin aus Versehen Lysol (etwa 10 gr). Nach kaum 10 Minuten war



Autor zur Stelle und fand die Pat. bewusstlos, stark cyanotisch, mit mühsamer, laut stertoröser, unregelmässiger, beschleunigter Athmung, nicht mehr fühlbarem Pulse. Magenausspülungen hatten keinen sofortigen Erfolg, erst nach mehreren Stunden zeigte sich ein solcher, auch erwachte Patientin da und klagte über Brennen im Munde, Zusammengeschnürtsein im Halse und in der Brust und Beengtheit. In den nächsten Tagen war eine ziemlich heftige Gastroenteritis (häufiges Erbrechen, wasserähnliche Stühle) vorhanden, im Urin fanden sich Eiweiss und Cylinder, am Munde, an der Zunge sah man schmerzende Risse, Sprechen und Schlucken wegen Schmerzen schwierig, Gefühl der Luftbeengung. Erst am 5. Tage nach der Vergiftung verloren sich die Symptome wieder. Letztere waren also localer und allgemeiner Art gewesen. Erstere fehlten öfters bei Lysolvergiftungen, hier kam es sogar zu oberflächlichen Nekrotisierungen, die später zu flachen Oberhautverlusten führten. Ausserdem beruhte wahrscheinlich die 2 Tage bestehende Kurzluftigkeit auf einer durch entzündliche Anschwellung bedingten Verengung der Rachentheile in der Umgebung des Kehlkopfeinganges. Sehr schön waren die Aetzungen zu unterscheiden von solchen durch Carbolsäure; letztere veranlasst schmerzlose (Carbol anaesthesirt!) weissgraue Schorfe, hier waren sie braungrau und Tage lang schmerzhaft. Auch die Gastroenteritis war wohl zum Theil Folge von Localeinwirkung. Die Allgemeinerscheinungen stimmten dagegen fast völlig mit denen der Carbolvergiftung überein. Bemerkenswerth war ausser der Schnelligkeit, mit der das Coma und die hochgradige Herzschwäche eintraten (Pat. wurde 2—3 Minuten nach dem Trinken bewusstlos) noch der Umstand, dass jene Dosis genügte, in den Nieren parenchymatöse Veränderungen zu erzeugen, während andere Fälle frei davon blieben. Zudem waren die Herzschwäche und Dyspnoë hier sehr beängstigend, die Bewusstlosigkeit tief und von mehrstündiger Dauer; selbst Krämpfe der Kau-, Schlund- und Extremitätenmuskulatur vorübergehend vorhanden, also ein recht schweres Bild nach nur 10 gr Lysol (während

schon 25, ja 60 gr keine schwere Intoxication bewirkten, ein 4 jähriger Knabe sich nach 30 gr erholte, ein 1 jähriges Kind nach 10 gr mit dem Leben davonkam etc.). Diese Schwere der Symptome und das fast augenblickliche Auftreten derselben erklärt sich wohl aus dem Typhus, der ja bekanntlich z. B. die Herzkraft beeinträchtigt, zu Albuminurie führt u. s. w. Auch scheint sich das Lysol in seiner toxischen Wirkung ähnlich zu verhalten wie Carbolsäure, von der 8,5 gr schon den Tod herbeiführten, 120 gr aber nicht hinderten, dass der Pat. genas. Lysol ist wahrscheinlich schwer resorbierbar, denn nach Stunden förderte hier die Magenspülung stark lysolhaltige Flüssigkeit zu Tage; diese schwere Resorbirbarkeit würde dann den glücklichen Ausgang der meisten I. erklären, welche zum Theil anfangs hoffnungslos erschienen. Das beste Rettungsmittel ist die Magenspülung, die selbst nach längerer Zeit noch wirksam ist (in obigem Fall Einführung der Sonde erschwert durch den Krampf der Schlundmuskulatur, sodass der Zeigefinger der linken Hand förmlich Platz schaffen musste; es empfiehlt sich daher, bei solchen I. statt der weichen Magensonde das elastische Schlundrohr, das jedenfalls nicht so leicht umbiegt, zu benutzen), dann Campher- und Aethereinspritzungen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 23.)

- Die **Jodoformpsychosen** unterzieht Dr. E. Schlesinger (Strassburg i. E.) einer näheren Besprechung. Er trennt dabei zunächst die Pat., bei denen nur einzelne seelische Krankheitszeichen auftreten, von denen, die das ganze Bild bekannter Geisteskrankheiten darbieten. Die Pat. der 1. Gruppe lassen als wesentlichste Störung eine ängstliche Unruhe erkennen. Sie machen allerhand überflüssige Bewegungen, reden auch wohl auffallend viel und selbst ungehörige Dinge, bringen unbegründete Beschwerden vor; bei alledem fühlen sie sich bedrückt, weinen leicht und haben eine unbegründete Angst, all dies in weit höherem Grade Nachts, als am Tage. Sonst sind sie frei von seelischen Krankheitszeichen, allenfalls kommt es gelegentlich einmal zu einer Sinnestäuschung. Selten fehlen bei alledem körperliche Begleiterscheinungen. Insbesondere gehen Schlaf und Essneigung sehr regelmässig

verloren. Mit Jodoformgeschmack im Munde kann ein starkes Ekelgefühl einhergehen. Ein bisweilen hohe Grade erreichender Bestandtheil dieses Zustandes ist die erhöhte Pulsziffer bei kleinem, weichem Pulse. Geringes Fieber, mässiger Eiweissgehalt des Harns kann sich zeigen. Der Verlauf ist sehr verschieden: bei diesem Pat. dauert die ganze Störung nur Stunden, bei jenem Wochen, bei einem Dritten schwindet sie und kehrt dann wieder. Sie zeigt sich zuerst meist ungefähr eine Woche nach der Operation, seltener früher oder erheblich später. Allmählig klingt sie ab oder geht in eine der hier vorkommenden vollständigen Psychosen über. Unter den letzteren wiegt die acute Verworrenheit entschieden vor. Hier ist das Bewusstsein derart gestört, dass die Pat. jedes Urtheil über ihre Umgebung und ihre Handlungen verlieren oder selbst in vollkommenen Stumpfsinn verfallen. Dazwischen drängen sich Erregungszustände oft tobsüchtiger Art. Angst beherrscht auch hier wieder die Stimmung, es bestehen Verfolgungsideen und mehr oder weniger deutlich feststellbare Sinnestäuschungen, die Sprache ist undeutlich, nicht selten werden Worte verwechselt. Neben denjenigen, hier gesteigert auftretenden körperlichen Störungen, wie sie oben beschrieben wurden, beobachtet man Erbrechen, Starre der oft sehr weiten, seltener sehr engen Pupillen, Störungen in der Thätigkeit der äusseren Augenmuskeln, Muskelzittern, Brennen im Hals und Brust, Trockenheit im Munde, Harnverhaltung oder auch starken Blut- und Eiweissgehalt des Harns, Hautausschläge, Gelbsucht und besonders vor ungünstigem Ausfalle, Durchfälle. Dieses ganze Krankheitsbild setzt entweder unvermittelt oder nach 4—6tägiger Dauer der oben besprochenen Vorläufer ein. Es braucht nur 1—2 Tage anzuhalten, dauert aber meistens 5—8 Tage. Während dieser Zeit pflegt die hochgradige Aufregung durch stillere Zeiten, in denen die Pat. matt und erschöpft sind, unterbrochen zu werden. Später stellt sich günstigen Falls, nachdem die Delirien ganz aufgehört haben, allmählig in 1—2 Wochen die geistige Gesundheit wieder her; die Zeit der Höhe der Krankheit bleibt in der Erinnerung ausgelöscht. In einer glücklicherweise nicht sehr grossen Anzahl von Fällen erfolgt jedoch zu irgendwelcher Zeit durch Erschöpfung, durch Selbstmord oder durch acute toxische Herzlähmung der Tod. Endlich

kann die acute Verworrenheit in eine der folgenden Krankheitsformen übergehen. Die chronische Form der Jodoformpsychose ist eine Melancholie, deren Reinheit jedoch durch zahlreiche Sinnestäuschungen gestört ist. Bewusstseinstrübungen kommen hier wohl auch vor, treten aber nicht in den Vordergrund der Erscheinungen. Die körperlichen Störungen entsprechen ungefähr den mit der acuten Verworrenheit einhergehenden. Man merkt die Melancholie selten früher als 14 Tage nach Beginn der Jodoformanwendung, oft um das fünffache später. In allmäliger Steigerung entwickelt sie sich vom einfachen Missbehagen bis zu Aufregungszuständen, die wiederum mit schlafsuchtiger Theilnahmslosigkeit abwechseln. Häufiger geht sie aus der erstgeschilderten Form hervor. Sie dauert monatelang, indessen ist auch bei ihr ein ungünstiger, d. h. tödtlicher Ausgang selten. Als dritte Form beschreibt Autor einen Zustand von Bewusstlosigkeit mit Begleiterscheinungen, die an Hirnhautentzündung erinnern: Nackenstarre, kahnförmig eingezogener Leib, Krämpfe der Gesichtsmuskeln, Harnverhaltung, Störungen der Pupillen und des Pulses (s. oben), stöhnende Athmung, bläuliche Gesichtsfarbe, Schaum vor dem Munde. Gewöhnlich steigt dieser Zustand, am 2. Abend nach der Operation beginnend, noch am nächsten Tage zu seiner vollen Höhe, auf der er meist 3–5 Tage verharrt. Nach dieser Zeit führt entweder der Kräfteverfall zum Tode, oder es beginnt mit dem Nachlassen der Hirnreizerscheinungen die allmählig vollständig werdende Genesung. Diese Krankheitsform ist die bedenklichste, sie bildet auch recht häufig das Uebergangsstadium von der acuten Verworrenheit zum tödtlichen Ende. Bei Kindern scheint die Jodoformvergiftung am häufigsten eine Mischung von Verwirrtheit und comatösem Zustande oder wenigstens von ängstlicher Unruhe und Schläffheit hervorzurufen, mit Begleiterscheinungen, unter denen am bemerkenswerthesten die hohe Pulszahl ist. Die Krankheit beginnt dann sehr bald nach der Operation und hält 10–12 Tage an. — Wodurch im Einzelfalle der Grad, die Form, die Zeit der Erkrankung bedingt wird, ist schwer zu sagen; die Menge des angewandten Jodoforms scheint dafür nicht maassgebend zu sein, eher der Allgemeinzustand des Körpers, die Grösse der Wunde, die etwaige



Nähe von Schleimhäuten. Regelmässige Sectionsbefunde sind Verfettungen am Herzen, Leber, Nieren. Bei der Therapie muss man auf gründliche Beseitigung des Jodoforms aus der Wunde, sowie auf Beschleunigung der Ausscheidung durch reichliche „Durchspülungen“ des Körpers das Hauptgewicht legen.

(Zeitschrift f. Psychiatr. 1898, Bd. 54, 6. —  
Aerztliche Sachverständigen-Ztg. 1898 No. 19.)

**Meningitis.** Dr. Salgendorf (Senheim) publicirt folgenden Fall von **M. cerebrospinal. traumatica**, der wieder die günstige Wirkung der von Aufrecht empfohlenen heissen Bäder illustriert. Karl K., 20 Monate alt, war kurz nach Weihnachten v. J. in eine kleine Blechtrumpete, von der das Mundstück verloren gegangen war, gefallen und hatte sich eine nach Angabe der Mutter sehr stark blutende Wunde des harten Gaumens zugezogen. Als Autor anderen Tages das Kind sah, war die Wunde mit Blutgerinnsel bedeckt. Nach gründlicher Reinigung der Wunde wurde öftere Abwaschung mit Borwasser verordnet. Nach 4 Tagen sah Autor das Kind wieder und fand dasselbe fiebernd und die Wunde am Gaumen mit einem schmutzig grauweissen, diphtheritischen Belage bedeckt. Bepinselung mit Argent. nitr. (1 : 10). 2 Tage später fand Autor das Kind comatös, 40,5° Fieber, hochgradige Starre der Nacken- und Rückenmusculatur, sowie der Arme, die kaum bewegt werden konnten, Pupillen ungleich, Kopf stark rückwärts gebogen, Blase gefüllt (seit 24 Stunden kein Urin). Behandlung: Ausser kräftiger Diät (Wein, Milch, Cognac), welche bei dem comatösen Zustande Schwierigkeiten machte und durch Nährklystiere unterstützt wurde, Chloralhydrat (5,0 : 100,0 3stündlich ein Kinderlöffel) und Bäder von 28° R. Anfangstemperatur mit Erhöhung bis 32° im Bade, 6—10 Minuten lang. Die Anwendung der heissen Bäder verursachte bei den Angehörigen des Kindes angesichts der hohen Körpertemperatur grosse Schwierigkeiten; als dieselben sich aber allmählig davon überzeugten, wie wohlthätig dieselben wirkten, wie Pat. mehrere Stunden ruhig dalag und fast gar nicht mehr stöhnte, führten sie die Therapie energisch durch. Nach wenigen Tagen war erhebliches Nachlassen der Muskelstarre zu constatiren.

Doch mussten die Bäder über 3 Wochen lang täglich fortgesetzt werden, da bei seltenerer Application sofort Verschlimmerung eintrat. Nach etwa fünf Wochen war Pat. geheilt, nur entwickelte sich später noch ein Abscess hinter dem linken Ohr, nach dessen Eröffnung das Kind sich rasch erholte und bis jetzt gesund geblieben ist.

(Der prakt. Arzt 1898 No. 8.)

**Pollutiones.** Die galvanische Behandlung der *P. nocturnae* (und der *Ejaculatio praecox*) empfiehlt, gestützt auf eigene Erfahrungen, Dr. H. Popper (Posen). Derselbe behandelte so 14 mit *P.* behaftete Pat., die ihr Leiden schon Jahre lang trugen und bereits die mannigfachsten Curen (Thermen, Gräfenberg, elektrische Behandlung des Rückenmarks, Brom etc.) durchgemacht hatten. Das Nervensystem bot keinerlei objective Störungen dar, auch der sonstige Befund war ein negativer. Die Prostata war nicht nennenswerth vergrößert, dagegen ergab bei allen 14 die Bougirung der Urethra beim Eintritt in die Pars prostatica eine auffallende Empfindlichkeit. Die Schmerzhaftigkeit fiel sogleich auf, sobald die Katheterspitze diese Stelle passirte und äusserte sich schon im Zusammenzucken und Gesichtsverziehen anders als bei jener Empfindlichkeit, die auch normalerweise beim Passiren dieser Stelle der Urethra eintritt. Dazu kam, dass die Spiegelbeleuchtung eine Schwellung und Röthung des Caput gallinaginis ergab. In dieser abnormen Empfindlichkeit an dieser Stelle glaubte Autor das Reizmoment sehen zu müssen, das den Reflex nach dem Ejaculationsmechanismus auslöse und er beschränkte sich darauf, diese Empfindlichkeit zu beseitigen. Die für Pat. und Arzt bequemste Methode, zugleich das am besten und genauesten localisirbare und dosirbare Mittel schien ihm der galvanische Strom zu sein. Indem der negative Pol in Form einer etwa 50 cm grossen, flachen Elektrode auf die seitliche Blasegegend aufgesetzt wurde, wurde eine Katheterelektrode mit 1 cm langer metallischer Spitze bis an das Caput gallinaginis vorgeschoben und unter leichtem Hin- und Herbewegen ein Strom von  $1\frac{1}{2}$ —2 Milliampères secundenweise 5—6 Mal

hindurchgeleitet. Eine leicht brennende Empfindung dauerte kaum 5 Minuten und beim nächsten Urinlassen, das frühestens nach 2 Stunden geschehen sollte, wurde noch leichtes Brennen empfunden. Im ersten Falle schwanden die P. schon nach der 2. Sitzung, in den anderen Fällen waren 5—6 Sitzungen in Zwischenräumen von 6—8 Tagen erforderlich, wobei die Lebensweise keine Aenderung erlitt. In allen 14 Fällen Erfolg anhaltend, in einem 15. blieb diese, wie jede andere Therapie, erfolglos. — Auch 6 Fälle von Ejaculatio praecox reagierten prompt auf diese Behandlung. Auch hier bot die Untersuchung nichts Greifbares dar, nur wieder auffallende Ueberempfindlichkeit der Gegend des Colliculus seminalis, wesshalb Autor die gleiche Behandlung einleitete und die Freude hatte, die Impotentia coeundi aufzuheben und die dadurch bedingte Sterilität zu beseitigen.

(Therap. Beilage No. 11 zur Deutsch. medic. Wochenschrift 1888 No. 11.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Zur

**Behandlung der Steissgeburt** schreibt Dr. Müller (Lüneburg): „Im allgemeinen ist die Steisslage ohne Frage expectativ zu behandeln, natürlich bei der grösseren Gefahr des Kindes unter ganz besonderer Beobachtung der kindlichen Herztöne. Erst am Ende der Geburt ist wegen der Ablösung der Placenta und der dadurch bedingten Aufhebung der Communication zwischen fötalem und mütterlichem Blut die schnelle Extraction durch den Arzt geboten. In diesem Falle bietet die Extraction ja auch durchaus keine Schwierigkeiten, um so grössere aber dann, wenn die Beendigung der Geburt schon bei höher stehendem Steiss geboten erscheint. Ist es noch möglich, durch entsprechende Lagerung der Kreissenden und Herabholen der Füsse eine Fusslage herzustellen, so ist die Manipulation wiederum eine leichte, gelingt dieses aber nicht mehr, so kann die Lage des Geburtshelfers eine recht unangenehme sein. Das Einhaken eines Fingers in die vordere Schenkelbeuge und Ziehen mit den Händen hat mir speciell nie gelingen wollen, es mag ja Aerzte mit so eisernen Fingern geben, die meisten werden bei diesem Hanggriff gleich erlahmen und ihn

\\

aufgeben. Das Herumführen eines Hakens und Extraction mittelst desselben soll zu gefährlich für das Kind sein, daher habe ich stets eine Wendungsschlinge um die vordere Beugefalte geführt und hiermit leicht extrahirt. Die danach entstehenden Erosionen der Schenkelbeuge sind, besonders wenn bei etwas tiefer gehenden antiseptischer Verband angelegt wurde, immer glatt geheilt. Das Herumführen der Schlinge ist aber bei höher stehendem Steiss eine recht schwierige Sache, besonders wenn der betreffende Operateur etwas kurze Finger hat. Man kann wohl mit der Spitze des Zeigefingers eben die Bauchfalte berühren, aber das Herumführen des Bandes will, selbst wenn in der Noth der Finger zu wachsen scheint, nicht gelingen. Die Verlegenheit haben wohl schon viele empfunden und deshalb zum Herumführen des Bandes Bellocq'sche Röhre und besondere Instrumente empfohlen, die aber der Arzt im gegebenen Falle leider nie zur Hand hat. Ich habe mir nun in einem derartigen Falle bei einer 1. Steisslage in folgender Weise zu helfen gewusst: Einen männlichen Metallkatheter, welchen ja jeder Geburtshelfer in seiner Instrumententasche haben muss, steckte ich mit der Spitze des Schnabels durch den Schlitz, welchen die Wendungsschlingen an ihren Enden haben. Damit das Band auf dem Katheter nicht pavillonwärts abgelenkt, band ich gleich hinter der Stelle, wo die Wendungsschlinge auf dem Katheter ruht, ein desinficirtes Stück Nabelschnurbändchen fest um denselben und machte einige recht dicke Knoten darauf. Nun nahm ich den Katheter und zugleich das Wendungsband straff angezogen in die rechte Hand und führte es von vorn über die vordere Beugefalte hinüber zwischen die Oberschenkel. Der linke Zeigefinger wurde zugleich zwischen die Oberschenkel an das innere Ende der Leistenbeuge geführt und streifte hier das Wendungsband leicht von der Spitze des Katheters ab, welcher letzterer nun wieder zurückgezogen wurde. Das Ende des Bandes konnte nun mit dem linken Zeigefinger abwärts gezogen werden, die Schlinge war also herumgeführt und die Extraction gelang leicht.“



- **Eine neue Methode der Placentaexpression** empfiehlt R. v. Budberg (Dorpat, Univers.-Frauenklinik). Wie viel Segen auch der Credé'sche Handgriff gebracht hat, er hat auch seine Mängel. Es wird hier eine Dislocirung des in der Wehe contrahirten Uterus gefordert, der „dreist“ gegen die Kreuzbeinaushöhlung herabgedrückt werden soll. Ausser einer Zerrung der Douglas'schen Falten lässt sich gewiss noch Mancherlei gegen dieses dreiste Herabdrängen des Uterus einwenden und die üblen Folgen, die sich vielleicht nie mit Sicherheit auf den unzweckmässig geleiteten Nachgeburtszeitraum zurückführen lassen, machen sich meist wohl erst längere Zeit nach der Geburt bemerkbar. Wie roh werden manchmal diese Handgriffe von Hebammen ausgeführt! Der vom Autor erfundene Handgriff lehrt, dass eine Dislocirung, ein Herabdrücken des Uterus zur Kreuzbeinaushöhlung zwecks Entleerung des Uterusinhalts keineswegs erforderlich ist. „Indem wir durch die Unterhaltung die Aufmerksamkeit der Pat. ablenken und ein Anspannen der Bauchdecken dadurch verhindern, graben wir uns unter zarten Reibebewegungen am Fundus in die Tiefe, womöglich bis auf die hintere Wand desselben, sodass die gespreizten Finger auf der hinteren Seite, der Daumen und Daumenballen auf der vorderen möglichst ausgiebig den Fundus umfassen, während die andere Hand den unteren Abschnitt der Gebärmutter umschliesst, sodass der ulnare Rand der Handfläche über die Symphyse zu liegen kommt, der Daumen dagegen einerseits, die übrigen Finger andererseits auf der Seitenwand des Uterus ruhen. Gerade das allmälige langsame Eingraben der Hand in die Bauchdecken, die leichten Erschütterungen des Uterus dabei sind wichtig und ermöglichen ein gutes Umfassen desselben, die Hände schmiegen sich ihm ausgiebig an. Der Druck zur Expression der Placenta soll dabei mit der Wehe beginnen, derselben angepasst sich steigern, die beiden Hände drücken einander gleichmässig entgegen, sodass dabei der Rücken der unteren Hand im stumpfen Winkel zur Symphyse zu stehen kommt. Ebenso wie der Druck mit der Wehe sich all-

mäßig steigerte, soll er auch, selbst wenn die Placenta inzwischen ausgetreten ist, nur ganz allmählig nachlassen unter fortgesetzten zarten Reibebewegungen der oberen Hand, die nur auf der Höhe des Druckes sistirten. Leider legen Credé und auch die Lehrbücher wenig Gewicht auf dieses allmähliche Nachlassen des Druckes. Namentlich beim starken Herabdrängen des Uterus dürfte auch durch das Zurückschnellen desselben in seine ursprüngliche Lage keine zu unterschätzende Saugwirkung stattfinden, die wohl Anlass geben könnte zur Fortschwemmung von Thromben in die Venen, Aspiration von Luft und Inhalt der Scheide in den Uterus und sich daran schliessende Infection. Wir lassen also erst ganz allmählig unter fortgesetztem leichtem Reiben mit der Compression nach, allein das Ende der Urinentleerung erfordert oft ein Ueberdauern des Druckes nach Abgang der Placenta, auch Blutcoagula, die sich im Uterus befinden, folgen häufig erst stärkerem Druck. War die Wehe, die wir auszunützen suchten, zu kurz, oder misslang aus sonst einem Grunde die Expression, so lassen wir, wie oben geschildert, allmählig mit dem Drucke nach, warten eine weitere Wehe ab oder rufen sie durch Reiben hervor, den einmal aber gut gefassten Uterus lassen wir inzwischen zweckmässig nicht wieder los. Bei diesem Handgriff wird der Uterus in keiner Weise aus seiner natürlichen Lage gebracht, wohl aber in derselben fixirt, die während der Wehe ausgesprochene Anteversionsstellung findet Unterstützung, von einer Zerrung der Ligamente oder der Douglas'schen Falten kann nimmer die Rede sein. Die ausgedehnte Compression des Uterus macht eine Inversion ganz undenkbar, der Druck ist eben zu gleichmässig vertheilt, dem Druck auf den Fundus wirkt die durch die untere Hand erzeugte Spannung der angrenzenden Uterusparthieen entgegen.“ Zugleich entleert sich auch die Harnblase vollständig, der Handgriff ersetzt das Katheterisiren. „In seltenen Fällen, wo zu grosse Dicke der Bauchdecken besteht, oder bei Frühgeburten, bei denen der Uterus einen zu geringen Umfang besitzt, als dass wir ihn gut umfassen könnten, lässt sich obiges Verfahren dadurch modificiren,

dass wir mit dem 2. und 3. Finger der einen Hand in die Scheide eingehen und gespreizt zu beiden Seiten des Muttermundes, also in den seitlichen Scheidengewölben, den Uterus nach oben und leicht zum Promontorium drängen, während die andere Hand von aussen, wie gewöhnlich den Fundus umfassend, die Expression besorgt. Der Uterus ist auch in diesem Falle in seiner physiologischen Lage fixirt und die Expression der Nachgeburt gelingt auffallend leicht.“ Für die Zweckmässigkeit der Methode spricht, dass Autor seit Anwendung derselben unter 950 Geburten nur 6 Mal in den Uterus behufs Placentaentfernung einzugehen brauchte: 2 Fälle betrafen eine Placenta succenturiata mit niedrigem Sitz, wo das accessorische, theilweise fibrös entartete Stück fest in der Nähe des Muttermundes verwachsen war, in 2 Fällen bestand Atonia uteri, wo Wehen fehlten, 1 Mal Myoma uteri, das ein Umfassen des Uterus unmöglich machte und 1 Mal endlich Incarceration der Placenta infolge Secalegebrauchs gleich nach der Geburt.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 43.)

- **Eine neue Methode zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei stark verengtem Becken** giebt Dr. Radjewski (Janowitz i. P.) an. Vor 20 Jahren wurde derselbe zu einer Geburt geholt. Bei Fusslage hatte die Hebamme bei der Extraction den Kopf abgerissen. Autor fand stark verengtes Becken, kleinen schnellen Puls. Er fixirte den Kopf durch die Bauchdecken, liess ihn von der Hebamme festhalten und versuchte durch Anlegen des scharfen Hakens, den Kopf, nach der Seite lenkend, herauszubekommen, was misslang. Da er zufällig den Kranioklast nicht da hatte, versuchte er mittelst einer Klystierspritze das Ausspritzen des Gehirns, um den Kopf zu verkleinern. Er stellte den Kopf so, dass es ihm gelang, mit einer Uterussonde durch das Foramen spinale ins Gehirn einzudringen, um mit derselben, soweit es möglich war, das Gehirn zu zerkleinern, dann führte er einen starken Hartgummikatheter ein, welchem er dann die Spitze abschnitt und begann, durch denselben das gut durchgekochte Wasser in den von der



Hebeamme festgehaltenen Kopf zu spritzen; das zerkleinerte Gehirn floss massenweise ab und als sich der Kopf auf Druck fühlbar verkleinerte, legte er von frischem den Haken an und entfernte den Kopf mit Leichtigkeit. — Dieser Fall führte Autor auf den Gedanken, ob es nicht möglich sei, bei stark verengtem Becken, bei einer Fuss- oder Steisslage oder nach gemachter Wendung, nach Trennung der Wirbelsäule zwischen 2. und 3. Brustwirbel durch das Foramen spinale das Gehirn zu zerkleinern und auszuspritzen. Erst im Herbst 1897 hatte Autor Gelegenheit, dies praktisch zu versuchen bei 2 Fällen und zwar mit Glück. Aber Draht, Katheter, Sonde sind doch zu primitive Instrumente, wesshalb Autor bei Evens & Pistor in Cassel ein „Cerebrotom mit Aspirator“ anfertigen liess. Es besteht dies Instrument aus einem 30 cm langen Rohr, in dem sich auf 30 cm langem Draht die 8 cm lange Feder bewegt, die nach Bedürfniss mehr oder weniger vorgeschoben werden kann; durch Drehen derselben wird das Gehirn zerkleinert, dann entfernt man die Feder und das im Foramen spinale gebliebene Rohr wird durch Zusammenschrauben mit dem Aspirator (einer bis zur Hälfte mit Wasser gefüllten Spritze) vereinigt, worauf durch Einspritzen und Aspiriren das zerkleinerte Gehirn entfernt wird. Man arbeitet also ausserhalb der Geschlechtstheile und vermeidet so Verletzungen und Infectionen. Der Schnitt muss so tief sein, wie der Wirbel dick ist und weit nach den Seiten, um bequemen Zugang zu verschaffen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 42.)

- Ueber **künstliche Frühgeburt bei Herzkranken** lässt sich Prof. Gusserow aus. Er hat wenig oder gar keine Fälle erlebt, wo bei einer Person, die einen nicht compensirten Herzfehler hatte, bei der schon schwere Störungen des Kreislaufs da waren, noch Schwangerschaft eingetreten ist. Wenn das aber der Fall ist, so steigern sich sehr bald die Compensionsstörungen so bedeutend, dass gewöhnlich Abort eintritt, worauf dann die Sache schnell und — in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle — glücklich erledigt ist. Wo aber der Herzfehler



compensirt ist und Schwangerschaft eintritt, da wird die schwere Aufgabe, die dem Herzen zufällt, gewöhnlich mit merkwürdiger Leichtigkeit überwunden, was sich wohl daraus erklärt, dass hier im Verlaufe der Schwangerschaft von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag die Widerstände sich erst allmählig etabliren, sodass das Herz, das durch die Kräftigkeit seiner Musculatur die Störungen compensirt hatte, nun auch die neuen, nach und nach eintretenden, wiederum ganz gut zu überwinden versteht. Freilich giebt es Ausnahmen, Fälle, wo schwere Störungen sich geltend machen; das ist aber sehr selten. Ganz anders, wenn die Geburt eintritt. Jetzt werden plötzlich sehr viel grössere Anforderungen an das Herz gestellt und dieser schweren körperlichen Arbeit ist das Herz nicht gewachsen. Und je länger die Geburt sich hinzieht, desto schlimmer wird die Sache natürlich und so sieht man ziemlich häufig bei Herzkranken, die ihre Schwangerschaft normaliter durchgemacht haben, bei der Geburt schwere Compensationsstörungen sich entwickeln. Manchmal ist das aber auch nicht der Fall, auch die Geburt geht glatt von statten; aber nachher tritt plötzlich ein Collaps ein, entweder in Verbindung mit Lungenödem, oder einfach Herzschwäche, welche aber auch so intensiv werden kann, dass plötzlich der Tod eintritt. So sehen wir nicht selten, wie wenige Stunden nach der Entbindung, oder am 1., 2., 3., 4. Wochenbetttag plötzlich die Sache letal endet, indem sich noch post partum derartige Circulationsschwierigkeiten einstellen, dass die Herzkraft eben erlahmte. Je schneller die Niederkunft erfolgt, um so weniger hat das Herz zu leisten, um so geringer die Gefahr! Soll man nun, wenn bei einer Herzkranken Gravidität eingetreten, diese unterbrechen oder nicht? Die inneren Mediciner, die meist nur die schwersten Fälle von Herzfehlern beobachten und daher bei Complication mit Schwangerschaft eine hohe Mortalität haben, bejahen die Frage, die meisten Geburtshelfer, auch Gusserow, verneinen sie und sagen, es sei immer besser, das normale Ende abzuwarten, d. h. das physiologische Ende der Gravidität oder eine spontane Unterbrechung, etwa durch den Herz-

fehler selbst, wobei erfahrungsgemäss die Geburt viel schneller und leichter verläuft, als bei künstlich eingeleiteter Geburt. Wir besitzen vorläufig kein künstliches Unterbrechungsmittel, das uns gewährleistet, dass die Geburt dabei ebenso prompt und regelmässig verlaufen wird, wie es beim normalen Ende der Gravidität geschieht; oft tagelang gar keine Wehen, psychische Erregung, leise Schmerzen immerwährend, dadurch allmälige Entkräftung, dann stundenlanges, oft tagelanges Hinschleppen der Geburt — so ist in 90% die Sache bei der künstlichen Frühgeburt, die daher gerade den Herzkranken verhängnissvoll wird, wo besonders eine rasche Entbindung als Postulat gelten muss. Desshalb die Gegnerschaft der Geburtshelfer gegen die künstliche Frühgeburt. Etwas anderes freilich ist es, wenn in der Schwangerschaft schwere Compensationsstörungen eintreten. Dann ist freilich die Unterbrechung oft das einzige Mittel, um das Leben der Pat. zu retten; allerdings kommt ja dann die grosse Gefahr der Entbindung dazu, wir sind aber immerhin in der Lage, die Geburt abzukürzen durch Zange, Wendung etc. und werden so doch manche Frau durchbringen. Aber eine künstliche Frühgeburt einleiten nur wegen eines Herzfehlers allein, wäre ein directer Kunstfehler; wir werden hier die Pat. genau beobachten, beginnende Compensationsstörungen sofort zu beseitigen suchen und, wenn es zur Geburt kommt, diese möglichst rasch und leicht zu gestalten haben. Erst grössere Compensationsstörungen zwingen zur Einleitung der Frühgeburt, die aber dann leider meist das Ende nicht abwenden kann.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte 2. Juli 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 44.)

- Einen **Fall von abnorm langer Retention der todtten Frucht in utero** publicirt A. S. de Brayn: Bei einer 40jährigen gesunden Frau, Mutter 8 lebender Kinder, sistirten die Regeln Anfang October; im März nächsten Jahres consultirte Pat. ihren Arzt, weil sie trotz aller gewöhnlichen Schwangerschaftszeichen keine Kindsbewegungen fühlte und ihr Leib ihrer Meinung nach eher ab- als zunahm. *Uterus wie im 5. Monat, Ostium geschlossen, keine Kinds-*

bewegungen, keine Herztöne, sonst alles normal. Kein Eingriff. Im nächstfolgenden August spontane Ausstossung eines ganz intacten  $29 \times 22$  cm grossen Eies, in dem 2 Fruchtsäcke, 2 todte Föten, 6 und 8 Wochen alt, sich befanden. Placenten wie im 4. Monat, verwachsen, fest, sonst (auch mikroskopisch) normal. Mutter immer gesund, vor, während und nach der Schwangerschaft.  $1\frac{1}{2}$  Jahre später normale Geburt. Ursache der Abnormität nicht eruierbar. — Noch einen 2. Fall sah Autor: Bei einer 47 jährigen Multipara letzte Menses Mai 1897, im October sistirten die Kindsbewegungen, März 1898 spontane Geburt eines 20 cm langen, geschrumpften Fötus, Placenta ganz fibrinös entartet, viel Kalk.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1898 No. 16. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 44.)

- Ueber den **Einfluss der Menstruation auf die Lactation** hat Dr. B. Bendix (Berlin) genaue Untersuchungen angestellt, auf Grund deren er zu folgendem Resumé gelangt: „Ein grosser Theil der Frauen, welche stillen, bekommt regelmässig ihre Menstruation (rund 60 % des beobachteten Materials). Der Eintritt und die regelmässige Wiederkehr der Menstruation gab nur sehr selten einen Grund zum Absetzen des Kindes. Als wichtig kommen naturgemäss nur die Fälle in Betracht, wo die Menstruation schon einige Wochen oder in 1—2 Monaten post partum auftrat. Quantitative Mischungen in der Milch waren nur äusserst selten nachzuweisen. Was die Qualität anbetrifft, so waren Veränderungen von Bedeutung nur für das Fett nachzuweisen. Dabei ist noch hervorzuheben, dass kleinere Veränderungen in der Zusammensetzung der Milchbestandtheile für den Säugling so gut wie ohne Belang sind, umsomehr, wenn man berücksichtigt, dass die Milch an und für sich sogar Tagesschwankungen in ihrer Zusammensetzung aufweist. Ein Einfluss auf das Befinden und den Stuhl des Kindes durch den Eintritt der Regel konnte nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen constatirt werden. Es lautet daher die Antwort auf die Frage: „Was ist zu thun, wenn eine Mutter oder Amme während der Stillung ihre Periode



bekommt?“ — Niemals abzusetzen allein auf Grund der blossen Thatsache des Auftretens der Menstruation. Selbst wenn sich sichtbare Veränderungen während der Tage der Menstruation (Verengerungen, Dünnerwerden etc.) zeigen sollten, so gleichen sich diese meist wieder aus und schädigen das Kind nicht. Kommt das Kind nicht vorwärts, so muss die Waage die Entscheidung bringen. Bei dem Engagement einer Amme ist es von Wichtigkeit, dass dieselbe schon 6–8 Wochen post part. ist, also die Zeit hinter sich hat, in welcher für gewöhnlich zum 1. Mal wieder die Regel eintritt. Ist dies Ereigniss unbeschadet einer dauernden Herabsetzung der Milchmenge vorübergegangen, so fällt, trotz der Menstruation, bei sonst annehmbaren Bedingungen, jeder Grund dahin, die Amme nicht zu engagiren. Dafür, dass Kinder, welche natürlich ernährt werden, durch den Eintritt der Menstruation bei der Mutter resp. Amme rhachitisch werden (im Sinne Vierordt's) liegt kein Anhalt vor.“

(70. Naturforscher-Versammlung in Düsseldorf. — Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 41).

— Ueber **Retinitis albuminurica gravidarum** lässt sich Axenfeld aus: Wenn auch für Pat. in besseren socialen Verhältnissen die bekannte Regel, dass ein an Retinitis albuminurica leidender Kranker nicht über 1–2 Jahre zu leben pflegt, eine gewisse Beschränkung erleidet, indem bei einigen längere Zeit vergeht, so ist die prognostische Bedeutung des Netzhautleidens für das Leben im allgemeinen doch sehr schlecht. Dass es sich bei der Retinitis album. gravidarum ganz anders verhält, ist bei dem so oft vorübergehenden Charakter des Nierenleidens nicht zu verwundern. Ebenso ist die Sehstörung weitgehend rückbildungsfähig, selbst bei Ablösung der Netzhaut, die bei anderen Nierenkranken nur sub finem vitae im Stadium der allgemeinen Oedeme einzutreten pflegt. Diese bessere Prognose hat früher die Geburtshelfer veranlasst, die Retinitis bei der Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft überhaupt nicht zu berücksichtigen. Das ist aber nicht gerechtfertigt; denn es kommen Fälle vor, wo



das Sehvermögen dauernd schweren Schaden nimmt, gelegentlich bis zur völligen Erblindung. Diese Möglichkeit hat andererseits eine grössere Anzahl von neueren Autoren dahin geführt, in einer Retinitis albuminurica gravidarum eine unbedingte Indication für die prämatüre Geburt, ja sogar den Abort zu erblicken. Eine grössere Anzahl von Geburtshelfern verfährt nach diesem Grundsatz, zumal die Aussicht auf ein lebendes Kind an sich unsicher ist. Lassen sich nun die für das Sehen üblen Fälle von den günstigen nicht unterscheiden? Es wäre zunächst sehr erwünscht, wenn bei solchen Pat. sicher festgestellt würde, ob eine chronische, sich durch die Schwangerschaft nur steigernde Nephritis vorliegt, oder eine Schwangerschaftsniere. Bei der ersteren sind die Aussichten für das Kind an sich schlechter, die Unterbrechung deshalb eher statthaft; wenn schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft Retinitis mit Sehstörung eintritt, wird es sich meist um Nephritis chronica handeln. Aber auch in diesen Fällen braucht, wie Autor beobachtet, nicht immer eine schwere Sehstörung einzutreten. Man wird deshalb auch in diesen Fällen nur bei schwerer Retinitis ( $S < \frac{1}{6}$ ) eingreifen müssen, um so weniger, wenn die an sich nicht gute vitale Prognose der Nephritis chronica die Geburt eines lebenden Kindes für die Familie besonders wünschenswerth macht. Uebrigens ist nach Axenfeld's Erfahrung die Sillex'sche Angabe nicht ausnahmslos richtig, dass diese chronisch-nephritischen Frauen beim Hinzutreten der Retinitis ebenfalls in 1—2 Jahren sterben, wie dies für sonstige Nephritiker meist gilt; sie können erheblich länger am Leben bleiben. Andererseits gestatten die in den späteren Monaten hervortretenden Fälle, bei denen es sich demnach um Schwangerschaftsniere zu handeln pflegt, wohl im allgemeinen eine bessere Aussicht. Aber auch das ist keine sichere Regel. Endlich giebt es zahlreiche Fälle, wo die Differentialdiagnose zwischen Nephritis chronica und Schwangerschaftsniere sich nicht sicher stellen lässt. Es ist daher das einzig Richtige, hier streng zu individualisiren; solange die Sehschärfe noch über  $\frac{1}{6}$  beträgt, ist, wenn nicht die son-

stigen Umstände es anders erfordern, ein Zuwarten gerechtfertigt; die socialen Verhältnisse, das Allgemeinbefinden u. s. w. sind zu berücksichtigen; besonders auch die Frage, ob die Geburt eines ausgetragenen Kindes Schwierigkeiten bezüglich der Beckenweite etc. bieten wird. Es sind mehrfach Fälle publicirt, bei denen unter dem Einfluss von schweren Blutverlusten und starker Schwächezustände ein schon bestehendes Sehnerven- oder Netzhautleiden sich bis zur Erblindung steigerte. Desshalb ist auch für möglichst leichte Geburt in solchen Fällen zu sorgen. Autor widerspricht ferner der Ansicht, dass bei einer einmal eingetretenen Retinitis album. gravidarum weitere Conceptionen möglichst verhindert werden müssten, da Nierenleiden und Retinitis recidiviren, letztere mit schlechter Prognose quoad visum. Es steht das zunächst in Widerspruch zu der Ansicht der Gynäkologen, nach der die eigentliche Schwangerschaftsniere nicht zu recidiviren pflegt. Und dass auch bei chronischer Nephritis bei neuen Schwangerschaften und Exacerbationen der Albuminurie die Retinitis nicht wiederzukehren braucht, konnte Autor selbst beobachten. Man wird also auch hier zu individualisiren haben. Die Kenntnisse über alle diese Situationen sind noch recht gering, besonders sind lange Beobachtungen einzelner Fälle noch sehr von Nöthen.

(Allgem. Mecklenburg. Aerzteverein, 3. Juli 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 42.)

**Syphilis.** Ueber die Ertheilung der Heirathserlaubniss nach venerischen Krankheiten stellt Dr. M. Müller folgende Sätze auf:

1. Syphilis. Dem Syphilitiker ist vor Ablauf von 3 Jahren nach der Infection das Eingehen einer Ehe unter allen Umständen zu untersagen, auch bei dem günstigsten Verlauf der Krankheit, da ein solcher nie eine Garantie für einen weiteren ebenso günstigen Verlauf bietet. Wenn möglich, ist der Heirathstermin 4—5 Jahre post infectionem hinauszuschieben, da erfahrungsgemäss nach dieser Zeit — wenigstens in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle — die Infectiosität, sowie die Vererbungsfähigkeit

der Lues erlischt. Im einzelnen Falle hängt der Zeitpunkt, wenn die Ehe gestattet werden kann, ganz wesentlich von der Intensität der vorausgegangenen Quecksilberbehandlung ab: Je energischer dieselbe gewesen ist, desto eher — in den oben angegebenen Grenzen — wird die Heirathserlaubnis ertheilt werden; *ceteris paribus* werden also die nach der chronisch-intermittirenden Methode behandelten Luetiker eher heirathen dürfen, als „symptomatisch“ behandelte. Es ist ausserdem zweckmässig, die Ehe erst dann zu gestatten, wenn etwa 1 Jahr lang infectiöse Erscheinungen nicht mehr aufgetreten sind. Schliesslich empfiehlt es sich, jeden Syphilitiker vor der Heirath noch einer energischen Quecksilbercur zu unterwerfen.

2. Gonorrhö. Männer mit acuter G. sind selbstverständlich von der Ehe auszuschliessen; es kommen vor allem die Fälle von chronischer G. — oder vielmehr chronischer Urethritis — in Betracht, die ein nur minimales Secret oder nur einige Fäden oder Flocken im Urin aufweisen. Da deren völlige Beseitigung nicht immer gelingt, ist die Frage, ob solche scheinbar harmlose — aber bisweilen trügerische — Zeichen eines noch bestehenden katarrhalischen Processes eine Contraindication gegen das Eingehen einer Ehe abgeben, lediglich nach ihrer Infectiosität bzw. Nichtinfectiosität zu beantworten und daher nach folgenden Gesichtspunkten zu beurtheilen. Die Uebertragbarkeit der G. ist allein an das Vorhandensein von Gonokokken gebunden; die einzige, aber unerlässliche Bedingung für die Ertheilung der Heirathserlaubnis an Gonorrhöiker ist daher das Nichtvorhandensein von Gonokokken. Zur Feststellung dieses Nichtvorhandenseins von Gonokokken ist eine im Laufe einiger Wochen öfter wiederholte mikroskopische Untersuchung des etwa vorhandenen Secrets bzw. der im Urin enthaltenen Fäden und Flocken erforderlich und zwar besonders auch nach artificieller Reizung. Daneben sind in jedem Falle die bekannten Schlupfwinkel der Gonokokken (in erster Linie die Prostata) einer eingehenden klinischen und ihre Secrete einer ebenfalls wiederholten mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Der negative Ausfall einer solchen unter steter Berücksichtigung der in Betracht kom-

menden klinischen und anatomischen Verhältnisse mehrere Male wiederholten, sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung auf Gonokokken berechtigt zur Annahme der Nichtinfectiosität und damit zur Ertheilung der Heirathserlaubnis. (Allgem. ärztl. Verein in Cöln. 31. Mai 1898. —

Vereinsbeilage zur Deutschen medic. Wochenschrift 1898 No. 21.)

— Ueber **Syphilis sine exanthemate** lässt sich Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien) aus. Es giebt Fälle genug, wo nach typischen Initialsklerosen und Drüenschwellungen ein Exanthem vollständig ausbleibt, auch solche, wo zur Zeit, wo das Exanthem gewöhnlich erscheint, die den Ausbruch desselben begleitenden Erscheinungen, wie nächtlicher Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Anaemie etc. sehr wohl sich zeigen, trotzdem aber keine Spur von Exanthem erscheint. Dass man sich in der Diagnose nicht geirrt hat, zeigt die weitere Beobachtung, indem oft genug nach Monaten und Jahren sich Symptome der S. einstellen, die nicht einer frischen S. entsprechen, sondern einer älteren. Es war eben die S. bis dahin ohne Exanthem verlaufen, während sich jetzt lange Zeit nach der Infection doch noch Hauteruptionen etc. einstellten. Manchmal fehlt auch das primäre Exanthem nicht ganz, aber es zeigt sich spärlich am Körper, nur 3—4—10 Efflorescenzen erblickt man, oder erblickt sie nicht, übersieht sie und kommt so nicht zur richtigen Erkenntniss des Leidens. Alle diese Fälle vermehren die Zahl der nicht behandelten Syphilitiker! Man soll daher jener Eventualität stets eingedenk sein und das Exanthem nicht unbedingt erwarten, ehe man sich zu einer specif. Behandlung entschliesst. Lieber mal einen Nichtluetiker syphilitisch behandeln! Hat man einen einigermaassen typischen Initialaffect mit Drüenschwellungen, so sehe man das Leiden von vornherein lieber als S. an und zweifle besonders nicht an der Diagnose, wenn jene Begleiterscheinungen der 1. Eruption sich geltend machen. Ob ein Exanthem folgt oder nicht, sei gleichgültig, wenn man nicht später von schwereren Symptomen unangenehm überrascht werden will. (Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 38.)



— Durch **S. bedingten Morbus Addisonii** hat Schwyzer in einigen Fällen constatiren können und macht auf diese Aetiologie nachdrücklich aufmerksam, die, frühzeitig erkannt, die therapeutischen Maassnahmen event. zu Gunsten der Pat. günstig beeinflussen und die Prognose bessern kann. Er räth auch, in allen ätiologisch zweifelhaften Fällen die specifische Cur zu versuchen. (New-Yorker medic. Monatsschrift 1898, Januar.)

— Ueber den Erfolg einer **Excision des harten Schankers** berichtet Tournier. Der Pat. hatte denselben seit 2 Tagen bemerkt und es bestanden noch keine Drüsenschwellungen. Daher wurde gründliche Entfernung vorgenommen. Trotzdem nach Ablauf der üblichen Incubationszeit Eintritt der Secundärerscheinungen in typischer Weise.

(Soc. franç. de dermat. et de syph. Juni 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 40.)

— Auf Crédé's Rath hat Dr. O. Werler (Berlin) in der syphilidologischen Abtheilung seiner Poliklinik das **Hydrarg. colloïdale** (chem. Fabrik v. Heyden, Radebeul) vielfach angewandt, nachdem er sich daraus folgende Präparate hatte fertigen lassen (Ebel'sche Apotheke, Berlin, Neue Königstrasse 50):

1. Ung. Hydrarg. colloïd. (10%) zu Inunctionscuren.
2. Sol. Hydrarg. colloïd. (1—2% ige wässrige Lösung) für subcutane Injectionen.
3. Pilul. Hydrarg. colloïd. (0,3 auf 30 Pillen) zu internem Gebrauch.
4. Tablett. Hydrarg. colloïd. (comprimirt, aus 1 gr Hydr. coll.) zur Selbstbereitung von Lösungen, für Bäderbehandlung bei Kindern.
5. Emplastr. Hydrarg. colloïd., zur Application auf Drüsenumoren, Ulcerationen.

Alle diese hat Werler bereits mit gutem Erfolge benützt, besonders die Salbe zu Inunctionscuren, die sehr praktisch sind, weil die Salbe sich rasch zerreiben lässt, nie die Haut reizt und dabei präcis wirkt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 42.)

— **Jodkali in Pillenform** soll so verordnet werden:

Rp.

*Kal. jodat. 10,0*

*Sacch. lact. 5,0*

*Lanolin. 3,0*

M. f. pill. No. L.

(Clinica moderna. —

Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 39.)

— Ueber ein **circumscriptes Gumma der Trachea** macht Dr. Fr. Hanszel (Wien, Prof. O. Chiari's Ambulatorium) Mittheilung. Fälle von Trachealsyphilis als alleinige Affection der S. in den oberen Luftwegen sind sehr selten. Wenn die Luftröhre aber der einzige Sitz der S. ist, so handelt es sich meist um eine mehr minder circumscripte gummöse Infiltration im untersten Theile der Trachea, nahe oder an der Bifurcationsstelle. Gerhardt führt das auf mechanische Einflüsse zurück und sagt: „Hier ist der feste, wenn auch mit der Athmung bewegliche Punkt, wo bei Streckung der Wirbelsäule, bei Hustenbewegungen die Luftröhre am meisten eine Zerrung erleidet; auch der hämmernde Anschlag der Aorta mag als Moment mechanischer Reizung von Bedeutung sein.“ — Hanszel beschreibt nun folgenden Fall wegen der seltenen Localisation des Syphiloms, im obersten Antheile der Trachea und mit Rücksicht auf die Schwierigkeit einer sofortigen sicheren Diagnose in Ermangelung jeglichen Symptomes einer syphilitischen Erkrankung. 49 jährige Pat. leidet angeblich seit 20 Jahren an Athembeschwerden, die nur beim Arbeiten und raschen Gehen auftraten. Bei Erkältungen, von denen Pat. häufig befallen wurde, verschlimmerte sich die Athemnoth wesentlich, während in Ruhelage diese Beschwerden niemals sich einstellten und auch bestehende Athemnoth hierdurch sofort zu beseitigen war. Genannter Zustand blieb sich mit geringen Schwankungen bis Ende December 1897 gleich, wo mit einer heftigen Influenza sehr starke Athemnoth auftrat, wesswegen Pat. 3 Wochen lang nur in sitzender Stellung verharren konnte, da die horizontale Lage ihre Beschwerden zur Unerträglichkeit steigerte. Gleichzeitig stellte sich ein quälender, pfeifen-

der Husten ein, der bald mässig blutig gefärbtes Secret herausbeförderte. Dieser Husten, der immer heftiger wurde und die sich nun rapid steigernden Athembeschwerden, welche Erscheinungen allen bisherigen ärztlichen Maassnahmen trotzten, führten zum Besuch des Ambulatoriums. Von Krankheiten hat Pat. vor 6 Jahren angeblich Rheuma überstanden, vor 3 Jahren litt sie durch 6 Wochen an einem über Hals und untere Extremitäten ausgebreiteten bläschenartigen Ausschlag, der besonders des Nachts sehr juckte. S. wird negirt, auch sind nicht die geringsten Anzeichen hiefür nachweisbar. Die Untersuchung des gesammten Körpers ergiebt nichts Krankhaftes ausser dem Kehlkopf. Hier ist die Schleimhaut anämisch, die Stimmbänder normal und gut beweglich. Unterhalb der Glottis sitzt breitbasig am Ringknorpel und nach abwärts an der rechten und hinteren Trachealwand ein intensiv rother, kugelig Tumor, dessen Oberfläche ein dichtes Gefässnetz besitzt; der Tumor füllt das Lumen der Trachea bis auf einen kleinen seitlichen Spalt aus, durch den man nur eine ganz kurze Strecke in die Tiefe sehen kann; seine Consistenz (mit der Sonde geprüft) ist weich, er ist leicht compressibel. Nach Cocainisirung (20%) wird mit dem gedeckten Kehlkopfmesser an einigen Stellen des Tumors incidirt; an den Incisionsstellen blutet es mässig, es entleert sich weder Eiter noch sonstige Flüssigkeit. Gleich darauf wird der Tumor etwas kleiner. Von da ab bekommt Pat. Jodkali (2 gr pro die). Schon 2 Tage später constatirt man Verringerung der Röthe und des Umfanges, und schon wenige Tage später ist der Tumor sehr zusammengeschrumpft, Husten und Athembeschwerden weg. Schon Schrötter betont, dass jene Fälle schwerster syphilitischer Erkrankung der Trachea, die daselbst allein localisirt sind, mit ganz auffallender Raschheit einer antiluetischen Cur weichen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 42.)

- Ueber **Gummigeschwülste in der Hohlhand** macht O. v. Ley (Cöln a. Rh.) Mittheilung. Da gerade bei syphilitischen Geschwülsten die Differentialdiagnose oft recht schwer

ist, selbst die mikroskopische Untersuchung meist im Stich lässt, kommen hier sehr viel unnütze Operationen vor, die sogar leicht recht schädlich werden, da nach Exstirpation dieser Tumoren immer raschere Recidive folgen. Zwei Beobachtungen haben Ley's Aufmerksamkeit auf eine Localisation des Gumma gelenkt, die sehr selten erwähnt wird. Im Juni 1896 wurde ihm eine Dame zugeschickt wegen einer sehr schmerzhaften Affection in der rechten Hohlhand. Ohne besondere Veranlassung — S. ward stets strict abgeleugnet — war in der Hohlhand eine kleine, schmerzhaft, erbsengrosse Geschwulst gewachsen, die von einem Arzte, der den Tumor für ein Panaritium gehalten hatte, oberflächlich incidirt worden war. Als Ley Pat. sah, machte die Affection allerdings den Eindruck, als ob es sich um ein Panaritium tendinosum handle, an das sich eine subfascial gelegene Phlegmone angeschlossen habe. Eine in Narkose gemachte Incision bis auf die Sehnenscheiden der Flexoren des kleinen Fingers entleerte nicht erheblich viel Eiter, mehr entleerte sich aus der Gegenincision, die in der Gegend des in die Fascia palmaris ausstrahlenden Musc. palmar long. angelegt wurde. Der Wundverlauf entsprach trotz genauer Befolgung antiseptischer Wundbehandlung und Beschränkung der phlegmonösen Entzündung des subfascialen Bindegewebes keineswegs dem gewöhnlichen Verhalten bei operirten Panaritien und beschränkten Phlegmonen. Die Schmerzhaftigkeit blieb nach wie vor, nahm sogar besonders Nachts an Heftigkeit zu; der Handrücken, die Fingergelenke und das Radiocarpalgelenk waren schmerzhaft und geschwollen (Synovitis serosa), dabei entleerten sich aus der Incision über dem Tumor fast nur nekrotische Fetzen, während aus der Gegenincision seröseitige Flüssigkeit in mässiger Menge quoll. Vor allem fesselte die Aufmerksamkeit eine diffuse, den ganzen Hypothenar einnehmende, teigige Infiltration, die proximal mit dem Ligament. carp. transversum vol. abschloss, während die Incision übermässige, mattrothe, pralle, mässig secernirende Granulationen bis zur Grösse einer Baumnuss producirte, die entschieden geschwulstartigen



Charakter zeigten. Zu gleicher Zeit erschien im nasalen Winkel des Margo supraorbital. ein papulöses Syphilid, und ähnliche Knötchen kamen auf Unterarm, Brust, Rücken hervor. Nach einigen Tagen war der Hypothenar von einem flachen, fast centimeterhohen, länglichen Gumma eingenommen, das sich in das Granulom über den Beugesehnen des 3. Fingers fortsetzte. Unter energischer antisypilitischer Behandlung, combinirt mit Kaltwassercour, heilten sämtliche Gummata ab, das grösste in der Hohlhand (das primäre) jedoch erst nach 3 monatlicher specifischer Behandlung. Der Fall illustriert ganz gut den Schaden eines operativen Eingriffes: Das bestehende primäre Gumma über der Sehne des kleinen Fingers — denn ein echtes Gumma und nicht ein Panaritium war der Tumor — wird durch operative Manipulationen in einen Reizzustand versetzt; allgemeine Entzündung, die sogar die Gelenke betrifft, ist die Folge, vielleicht war auch durch den ersten Eingriff noch eine secundäre, neue, zur genuinen Eiterung tendirende Infection gesetzt (Phlegmone), vor allem aber wurde die specifische Noxe mächtig angeregt und zur Bildung des Granuloms und des Gumma in Thätigkeit gesetzt. In einem anderen Fall sah Ley bei einem vor mehr als 10 Jahren inficirten Hôtel-diener, einem sonst gesunden Menschen, der schwere Lasten ohne Anstrengung hob und sich auch sonst bester Gesundheit erfreute, 2 symmetrisch in beiden Hohlhänden gelegene, transversal länger, vom 2.—4. Finger unter der Haut mit ihr verlöthete, schmerzhaftes Gummigeschwülste unter dem Gebrauch von Jodkali langsam schwinden: Die Hornhaut war allenthalben sehr verdickt, sodass man nicht deutlich fühlen konnte, ob die Resorption vollständig war oder ob noch Indurationen zurückgeblieben. Ley betont, dass gerade bei Handarbeitern solche niedrige, mit Haut und Fascie ringsum verwachsene Geschwülste als Hautschwielen imponiren und erst eine sorgfältige Palpation über das wirkliche Verhalten aufklärt. Auffallend ist, dass über Gummigeschwülste in der Hohlhand zuerst Lewin 1882 schrieb und 3 Fälle publicirte. Bei allen 3 war die harte Consistenz, dem Knorpel gleich, bemerkens-

werth. Solche Härte bieten für gewöhnlich die subcutanen Gummata nicht dar. Abgesehen davon haben aber die Hohlhandgummata manches Gemeinsame, das in zweifelhaften Fällen den richtigen Charakter entdecken lässt: so die Vorliebe für die kleinen Muskeln des Thenar und Hypothenar, die runde, eiförmige Gestalt, die Empfindlichkeit, endlich die sprungweise erfolgende Vergrösserung: auf eine lange Zeit der Ruhe plötzlich, ohne äussere Veranlassung, rapides Wachsthum, in der Regel gleichzeitig Entzündungsercheinungen, welch letztere so überwiegen können, dass der Geschwulstcharakter ganz verloren geht und an seine Stelle das Bild einer unbestimmt begrenzten entzündlichen Infiltration tritt; andererseits können aus dem Granulationsgewebe durch mächtige Wucherung der specifischen Rundzellen Granulome hervorgehen, die den eigentlichen Geschwülsten durchaus gleichen und ganz respectable Grösse erreichen können. Verwechslungen mit anderen Tumoren lassen sich unschwer vermeiden: Von vornherein sind sämtliche Tumoren und Metaplasien der Lymphdrüsen auszuschliessen, da letztere in der Vola manus nicht vorkommen; in Gegenden, wo der *Cysticercus cellulosae* häufiger ist, ist eine Verwechslung nicht ausgeschlossen, da Form, Grösse, Sitz, sprungweises Wachsthum gleich sind; Carcinome würden in kürzerer Zeit die Hautdecken zerstören, auch Metastasen machen, aufs Allgemeinbefinden einwirken; Neurome treten nur multipel auf, sind viel leichter verschieblich; Sarkome überragen mehr das Hautniveau; Lipome sind nicht mit der Haut verwachsen; Fibrome kommen hier nicht vor; Atherome haben andere Consistenz. Sind trotzdem Zweifel vorhanden, so werden diese durch eine specifische Cur sehr bald behoben, da Gummata der Hohlhand ausnahmslos durch eine solche zur Resorption zu bringen sind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1897 No. 43.)

**Ulcus corneae.** Die Behandlung mit gelber Quecksilbersalbe empfiehlt warm Dr. Neunhöffer (Stuttgart). Die Technik ist äusserst einfach, was gerade diese Methode auszeichnet. Nach Reinigung des Auges von Secret und — bei nennenswerther Ciliarinjection — auch

Atropinisirung, wird mittelst Glasstabes 6%ige Salbe in den Conjunctivalsack eingestrichen, worauf ein antiseptischer feuchter Schutzverband applicirt wird, der bis zum nächsten Tage bleibt, um dann erneuert zu werden. Autor behandelte 30 Fälle so und nur in einem Fall von *Ulcus serpens* genügte das nicht und musste galvanokautisch vorgegangen werden, während die übrigen Fälle durchschnittlich in  $8\frac{1}{2}$  Tagen abheilten, also nicht länger Zeit brauchten, als bei feuchter Wärme. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlten, sodass also die alte Warnung vor der gelben Salbe bei frischen Hornhautgeschwüren keine Berechtigung hat.

(Medicin. Correspondenz-Blatt  
des Württemb. ärztl. Landesvereins 1898 No. 43.)

- Ueber **Behandlung des *U. serpens corneae*** lässt sich Dr. Sesshaft (Görlitz) folgendermaassen aus: „Trotz ausgiebiger, bis in das gesunde Gewebe reichender Brennung bei kleinen Geschwüren, wo mit Recht angenommen werden durfte, dass alles Krankhafte zerstört war, kommen trotzdem Recidive vor, die ein abermaliges Kauterisiren erforderlich machen. Dass im Geschwür selbst unzerstörte pathogene Mikroorganismen übrig geblieben sein sollten, war nicht anzunehmen, es kann sich also nur um eine ständige Neuinfection aus irgend einem unbekannten Kokken-Dépôt handeln. Letzteres musste nur im Auge selbst gesucht werden, da durch antiseptischen Verband ein absolut sicherer Abschluss nach aussen bewirkt wurde. Naturgemäss konnten nur die Conjunctiva und der Thränensack in Betracht kommen. Bei Fehlen jeglicher markanter Conjunctivitis kam ich dazu, eine latente Thränensackeiterung anzunehmen. Es wurde daher die Schlitzung und Sondirung der Thränenwege und Durchspülung derselben mit antiseptischen Lösungen vorgenommen. Erst danach blieben die Recidive aus und es kam zu völliger Ausheilung der Geschwüre. Dies führte mich nun in der Folge dazu, nach dem Grundsatz „cessante causa cessat effectus“ die Behandlung des *U. serpens* so zu versuchen, dass nur die Infection erregende Primäraffection activ bekämpft, das Geschwür selbst aber mög-

lichst in Ruhe gelassen wurde. In der That waren die Erfolge meist so gute — auf Ausnahmen komme ich unten besonders zurück —, dass ich diese Methode bald grundsätzlich in allen Fällen, ohne es bereuen zu müssen, in Anwendung gebracht habe. Es zeigte sich nämlich ausserdem, dass die Narben der Geschwüre, wenn letztere durch natürliche Resorption und Regeneration, die nur durch Anwendung von antiseptischen Medicamenten unterstützt wurde, zur Heilung kommen, viel weniger ausgedehnt, die Trübungen oft nicht so dicht, die von ihnen verursachten Sehstörungen demgemäss geringer waren, als bei der Anwendung des Galvanokauters möglich gewesen wäre. Im Jahre 1891 begann ich das *U. serpens* nach diesen Grundsätzen zu behandeln. Es wird jetzt in allen Fällen nach Entfernung sonstiger Schädlichkeiten die Schlitzung und Sondirung des Thränencanals vorgenommen. Dabei zeigt sich oft, dass eine Eiterung vorhanden ist, auch wenn sich mehrfach kein Secret aus dem Thränensack herausdrücken liess. Es wird dann ein feuchter Verband mit Sublimatlösung angelegt, d. h. es kommt auf die geschlossenen Lider ein in Sublimatlösung 1:5000 getauchtes Lintläppchen, darauf Watte, die mit einem Stück Billroth-Battist bedeckt wird, und darüber die Binde. Der Verband wird Anfangs 3—4 Mal, später 3 Mal täglich gewechselt und dabei jedes Mal Atropin instillirt und 2—3 Mal Jodoform eingestäubt. Letzteres kommt in dünner Schicht auf den Geschwürsgrund selbst, in etwas reichlicherer Menge aber auf den inneren Lidwinkel, sodass es die Zugänge zum Thränensack wie ein Pfropf verstopft. Vom 2. Tage an wird der Thränensack nach erfolgter Sondirung 1 Mal täglich mit Sublimatlösung ausgespritzt, bei den übrigen Verbandswechseln nur immer ausgedrückt und event. Secret sorgsam mit Sublimat aus dem Bindehautsack herausgespült. Dabei zeigt es sich denn, dass die Geschwüre, wenn ihre Grösse  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$  der Hornfläche nicht übertrifft, schon vom Beginn der Behandlung nicht mehr fortschreiten. Das Hypopyon verschwindet oft in 1—2 Tagen oder bald darauf, die Pupille wird weit, der Geschwürsgrund reinigt



sich, die Infiltration des Gewebes resorbirt sich, die Anfangs dichte Trübung hellt sich theilweise auf, sie wird gestreift oder carrirt, oder bei kleineren Geschwüren bleibt nur an Stelle des dichtesten Infiltrats ein intensiv getrübter Punkt, von dem radiär nach allen Seiten, manchmal auch nur kometenschweifartig nach einer Richtung sich Trübungen erstrecken, die nach und nach verschwinden, bis der Ort des U. nur noch an einer mehr oder weniger durchsichtigen Facette zu erkennen ist. Sind die Geschwüre grösser,  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  der Hornhautfläche, so ist der Verlauf in den meisten Fällen derselbe, doch muss man sorgsam aufpassen, ob sie etwa fortschreiten. Ist das am Tage nach Beginn der Behandlung der Fall, so kann man bei peripher sitzenden, wo das Pupillargebiet noch nicht erreicht wird, event. noch zuwarten, anderenfalls und bei weiterem Fortschritt der peripheren wird sofort kauterisirt. Ich brenne stets das ganze Ulcus, nicht nur den Rand. Dabei bleibt die Behandlung im Uebrigen dieselbe und es tritt meist schnelle Heilung ein. Nur sehr selten ist ein nochmaliges Kauterisiren erforderlich. Bei ganz grossen Geschwüren ist das Verfahren dasselbe, auch bei ihnen bewährt sich die conservative Methode nicht selten, wenn schon hier die Kauterisation und die Spaltung nach Saemisch öfter Platz greifen muss. Letztere wende ich erstens dann an, wenn eine zu grosse Fläche kauterisirt werden musste, zweitens wenn bei solchen ein besonders grosses und zähes Hypopyon vorhanden ist. Im allgemeinen kommt man in der weitaus grösseren Hälfte aller Fälle mit der conservativen Methode aus, ich habe nur in etwa 30% das Geschwür operiren müssen.“ Resumirend stellt dann Autor folgende Normen auf: „In allen Fällen ist stets der Thränensack in Behandlung zu nehmen, ob eine manifeste Dakryocystitis vorliegt oder nicht. Ferner ist die conservativ antiseptische Behandlung in oben geschilderter Weise in Anwendung zu bringen und erst wenn das Geschwür trotzdem fortschreitet, die Galvanokauterisation, wenn nöthig wiederholt und in geeigneten Fällen die Spaltung des Geschwürgrundes nach Saemisch auszuführen. Dabei lege ich ganz besonderen Werth auf Anwendung des antiseptischen

Jodoform-Sublimatverbandes und zwar des feuchtwarmen. Erst später kann der undurchlässige Stoff fortbleiben, sodass der Verband trocknet, und erst bei Nachlassen der Entzündung mag das Auge offengelassen werden.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, October 1898.)

**Urticaria.** Einen Fall von *U. haemorrhagica* theilt Dr. O. Lenz (Krankenhaus Moabit zu Berlin) mit. Am 11. April d. J. wurde ein 45 jähriger Dienstmann aufgenommen, aus gesunder Familie stammend, selbst früher stets gesund gewesen, seit 10 Jahren jedoch an asthmatischen Beschwerden leidend. Potatorium wird zugegeben. Am 8. April bemerkte Pat., nachdem er den Tag über in Wind und Regen auf der Strasse gestanden, eine schmerzhafteste Schwellung am linken Knie- und rechten Fussgelenk. Da sich auch Fieber einstellte, suchte er das Bett auf. Am nächsten Morgen waren die Schmerzen stärker, auch das rechte Knie-, die beiden Schulter- und Ellbogengelenke geschwollen und schmerzhaft. Gleichzeitig bemerkte Pat. einen über den ganzen Körper verbreiteten rothfleckigen Ausschlag, welcher leicht juckte. Da der Zustand sich verschlimmerte, Aufsuchen des Krankenhauses. Status praesens: Pat., mittelgross, kräftig gebaut, gut genährt, ist etwas dyspnoisch, hustet viel und wirft schleimiges Sputum aus. Temp. 38°, Puls 86, Arterie weich, gut gefüllt. Auf der Stirn mehrere linsengrosseröthe Flecke, deren Centrum infolge einer kleinen subcutanen Haemorrhagie schwarzroth erscheint. Flecke überragen die umgebende Haut. Aehnliche Flecke von Linsen- und Markstückgrösse an Unterschenkeln und Unterarmen, bis zu Thaler- und Handtellergrösse an Oberarmen, Oberschenkeln, Gesäss, Brust, Rücken. Besonders dicht Flecke an der linken Schulter und im Nacken. Nicht alle Flecken erheben sich über das Niveau der Umgebung, eine Anzahl erscheint nur als fleckweise Röthung und Infiltration der Haut, in deren Mitte sich eine Hämorrhagie zeigt; in der Mehrzahl jedoch erweisen sie sich als Quaddeln, welche das Niveau der Umgebung um 1–2 mm überragen. Während einige noch weiss erscheinen, zeigen die meisten intensive

entzündliche Röthung\*, deren Mitte gewöhnlich eine ring- oder kreisförmige Haemorrhagie einnimmt. Auch in der Palma manus, an der Vorderseite der Finger und der Planta pedis gleichfalls Eruptionen, hier jedoch als bläuliche derbe Knoten erscheinend. An den befallenen Hautparthieen nur geringe Schmerzen, dagegen häufig leichtes Juckgefühl. Das rechte Knie- und das linke Schultergelenk, in deren Umgebung die Eruptionen besonders zahlreich, schmerzhaft, ersteres zeigt serösen Erguss, Patella ballotirt lebhaft. Volumen pulmonum auctum, heftige diffuse Bronchitis; Herz von Lunge überlagert, Töne rein. An den Bauchorganen nichts Abnormes. Stuhl in Ordnung, aber Appetit schlecht, Zunge belegt; in Mund und Pharynx alles normal, ebenso Reflexe, Harn, der nur deutlich Aceton enthält. Therapie: Allgemeine diätetische und symptomatische Maassnahmen. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Knies und der linken Schulter bereits am nächsten Tage geringer, Hauterkrankung aber an Ausdehnung bedeutend stärker. Die alten Eruptionen hatten an Grösse zugenommen, in ihnen war eine grosse Anzahl neuer Blutungen aufgetreten, während zwischen ihnen eine Menge neuer Quaddeln sich gebildet hatte. Fieber gefallen, Schmerzen in Mund und Hals, Schlingbeschwerden. Am harten Gaumen 3 linsengrossel livide Quaddeln, Uvula stark geschwollen, blutroth, als starrer Kegel in den Pharynx hinabragend. Am folgenden Tage wieder eine neue Menge Eruptionen, besonders im Gesicht, auf Kopf, Schultern, Gesäss und Rücken. Auch im Lippenroth und in der Schleimhaut der Oberlippe eine Eruption; Lippe dick und fest infiltrirt; im Munde auf der Zunge, sowie auf der Schleimhaut der linken Wange einige livide Quaddeln, Uvula ein wenig abgeschwollen. An Beinen und Armen blassen die älteren Eruptionen bereits ab, nahmen braunrothe Farbe an, die Infiltration der Haut schwand, die Blutergüsse gingen in Resorption über. In den nächsten 3—4 Tagen kamen die älteren Eruptionen zur Heilung. Die Haut wurde weicher, der rothe bis schwarzrothe Fleck färbte sich braunroth, dann braun, wurde immer blasser, um schliesslich zu verschwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen.

Während der nächsten 14 Tage traten aber noch täglich neue Nachschübe von Quaddeln auf, doch erreichten sie von jetzt an nur noch 10 Pfennigstückgrösse. Die Neigung zu Haemorrhagieen in der Mitte blieb unverändert. Am 16. Krankheitstage (24. April) auf dem rechten Unterarme 5–6 Quaddeln, die auf ihrer Höhe eine linsengrosse schwarze Blase trugen, welche nach der Eröffnung eine blutigeröse Flüssigkeit entleerten; nach 3 Tagen Blasen zu schwarzem Schorf eingetrocknet und heilten bald ab. Einen besonderen Verlauf hatten die Efflorescenzen an Uvula und Oberlippe: Am 3. Tage nach der Eruption wurde erstere nekrotisch, bedeckte sich mit bräunlich-grauem, schmierigem Belag, der sich mit dem Spatel abheben liess, wobei das darunter gelegene Gewebe leicht blutete. Die ganze Uvula stiess sich sodann nach und nach in 17 Tagen ab. Die Halsschmerzen und Schlingbeschwerden hielten nur die ersten 3 Tagen an, dann war Pat. beschwerdefrei. Auch über der Efflorescenz an der Oberlippe wurde die Schleimhaut nekrotisch, stiess sich ab und hinterliess ein 10 Pfennigstückgrosses Geschwür mit schmierig belegtem, fest infiltrirtem Grunde, das sich bald reinigte und in ca. 14 Tagen zuheilte. Von Seiten der Gelenke machten sich im weiteren Verlauf nur noch ein Mal leichte Erscheinungen geltend: am 18. April leichte Schmerzen im linken Ellenbogen, die aber in 2 Tagen verschwanden. Eine andere Complication trat 2 Tage später auf: Nachdem Pat. in der Nacht vom 19. zum 20. ruhig gewesen, stieg am 20. April die Temperatur auf  $38,5^{\circ}$ ; Pat. war sehr somnolent, phantasirte im Schlaf und zupfte dabei an der Bettdecke; Puls klein, beschleunigt, an Herzspitze und Aorta deutliches systolisches Geräusch, Urin wieder nur Aceton enthaltend. Das Fieber verschwand nach 3 Tagen, nach weiteren 3 ebenso das systolische Geräusch.  $4\frac{1}{2}$  Wochen nach Beginn war das Exanthem weg und am 15. Mai wurde Pat. geheilt entlassen. — Ueber einen diesem ähnlichen Fall hat Jütte berichtet (1854): Sein Fall zeigte auch Quaddeln bis zur Thalergrösse, welche in ihrer Mitte eine Haemorrhagie, theilweise sogar eine Blase mit dunkelrothem serösen Inhalt zeigten. Auch



hier beteiligten sich die Schleimhäute an der Hauterkrankung, die Conjunctiven, Lippen, Zahnfleisch, an dem es auch zur Desquamation des Epithels und zur Geschwürsbildung kam. Gleich im Beginn der Erkrankung war eine Endocarditis zu constatiren. Auch hier lebhaftete Mitbetheiligung der Gelenke (Schwellung, Schmerzhaftigkeit). Ferner sah Wills (1890) 2 ähnliche Fälle, die ganz gleiche Symptome und Complicationen aufwiesen. Aetiologisch ist Lentz's Fall ebensowenig aufgeklärt, wie die anderen, in der Gruppe der sog. haemorrhagischen Affectionen (Scorbut, Peliosis, Purpura rheumatica, Erythema nodosum) gerechneten. Auch hier riefen die Mitbetheiligung der Gelenke, sowie die am 12. Tage auftretende leichte Endocarditis den Eindruck hervor, dass es sich um eine dem acuten Gelenkrheumatismus nahestehende Krankheit handle. Die Untersuchung des Blutes bot nichts Positives, Bakterien fanden sich im Blut nicht, auch in Hautschnitten nicht; pathologisch-anatomisch stellte sich die Hautaffection als leichte Haemorrhagie in den untersten Schichten der Epidermis, als starke Hyperämie mit Haemorrhagieen und reichlicher Auswanderung weisser Blutkörperchen in der Cutis und dem subcutanen Fettgewebe dar. Betreffs der Aetiologie führte auch dieser Befund zu nichts. Autor glaubt aber an eine Auto-intoxication. Nach Genuss verschiedener Speisen und nach manchen Medicamenten treten ja Ausschläge (Urticaria, Erythem, Akne etc.) auf, oft begleitet von Fiebersteigerungen und nervösen Beschwerden; als wesentliches Moment wird der nach diesen Speisen und Arzneien sich entwickelnde Magendarmkatarrh betrachtet. Andererseits findet man in Fällen derartiger Hauterkrankungen, für die sich aus der Anamnese keine Aetiologie feststellen lässt, sehr häufig einen gleichzeitig bestehenden Magendarmkatarrh, mit oder bald nach dessen Beseitigung auch die Hautaffection verschwindet. Bei sonst gesunden Menschen treten solche Exantheme in leichter Form auf, ungleich schwerer aber bei an irgend einer Leberaffection, besonders Cirrhose, Leidenden, wo häufig schwere hämorrhagische Hautaffectionen Folgen der Autointoxication sind. Die im Darm gebildeten Toxine werden ja im ge-

sunden Organismus zum grossen Theil in der Leber unschädlich gemacht, die erkrankte Leber passiren sie aber ungestört und wirken dann schädlich ein. Bei obigem Pat. bestand bei der Aufnahme ein Gastroenterokatarrh (völlige Appetitlosigkeit, belegte Zunge!) für eine schwere Leberaffection sprach nichts. Doch der Beruf des Pat. (Dienstmann mit unregelmässigem Leben) und auch das Potatorium wiesen darauf hin. Die Entzündungserscheinungen im Gelenke und Endocard wurden wahrscheinlich auch durch die Toxine hervorgerufen, ähnlich den entsprechenden Erkrankungen bei Scharlach, Masern u. s. w.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 39.)

- U. neben acutem circumscriptem Hautödem (an Augenlidern, resp. Präputium, Lippen, Labien) sah H. Oppenheimer in 4 Fällen von Magendarmstörungen. Auf Laxation oder Aussetzen der die U. hervorrufende Arznei (1 Mal Ol. Santali) in wenigen Tagen Heilung.

(Lancet, 25. Febr. 1898. — Dermatolog. Centralblatt, October 1898.)

- Einen **Fall von künstlicher U.** beobachtete Stevenson bei einem 22jährigen Mann. Derselbe konnte von Kindheit an, durch leichtes Kratzen U. auf seiner Haut hervorrufen, ohne dass er je eine Hautkrankheit hatte. Autor glaubt an gesteigerte Erregbarkeit der Hautnerven.

(British Med. journal, 15. Januar 1898. — Ibidem.)

## Vermischtes.

---

- **Wasserstoffsuperoxyd bei Ceruminalpfröpfen** empfiehlt A. Ricci (Turin). Durch Einbringen einiger Tropfen einer wässrigen Lösung erweicht man in wenigen Minuten die härtesten Pfröpfe, die man dann durch Wasserstrahl leicht entfernt.

(New-York med. Journ. —

Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 41.)

- **Ein bequemes Verfahren zur Lösung der Somatose** und zur Herstellung des Bedarfs für den ganzen Tag giebt Dr. Joachim (Berlin) an, der das Präparat seit Jahren mit gutem Erfolg anwendet: „Der Pat. füllt ein Wasserglas halb voll oder ein Weinglas ziemlich voll mit kaltem Wasser. Auf die Oberfläche desselben schüttet er 3 Kaffeelöffel voll Somatose (d. i. die Tagesration für einen Erwachsenen), rührt nicht um, sondern lässt das Glas ruhig stehen. Nach Ablauf mehrerer Stunden ist ohne weiteres Zuthun vollständige Lösung eingetreten. An jedem Abend wird in dieser Weise der Tagesbedarf für den folgenden Tag angesetzt und mit einem Blatt Papier zugedeckt. Von dieser Lösung nimmt man dann am anderen Morgen am besten  $\frac{1}{3}$  mit Milch oder Kaffee, das 2. Drittel am Mittag mit Brühe oder Suppe, das letzte Drittel am Abend mit Porterbier. Die Darreichung der Somatose mit Porterbier möchte ich übrigens ganz besonders empfehlen. Das Bier bleibt vollkommen klar und lässt nicht im Gerin-  
gsten den Zusatz von Somatose erkennen.“

(Medico, 19. October 1898.)

- **Mutter und Tochter an Lupus erkrankt** fand Dr. Edm. Meyer und stellte die Pat. vor. Beide hatten immer dasselbe Handtuch und denselben Seiflappen benützt. Es hat hier offenbar eine Uebertragung des Lupus von einer Person auf die andere stattgefunden.

(Berliner Laryngolog. Gesellschaft, 1. April 1898. —

Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 41.)

---

## Bücherschau.

— **Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen**, welches jetzt in 5. Auflage vorliegt (Leipzig, Arthur Georgi, 2 Bände, Preis Mk. 35.—) bedarf eigentlich keiner besonderen Empfehlung mehr; es ist seit langem als Studir- und Nachschlagewerk bekannt und eingebürgert. Mit seinen fast 1600 Abbildungen (zum Theil farbigen), welche die klaren und präcisen Darlegungen aufs Vortrefflichste auch dem Auge vorführen, bietet das Werk auch einen anatomischen Atlas von seltener Ausdehnung und Güte. Die 5. Auflage, welche gänzlich Neubearbeitet ist (auch die neue anatomische Nomenclatur!), dürfte ebenso wie die früheren, einen zahlreichen Abnehmerkreis finden.

— Von der **Bibliothek der Medicinischen Wissenschaften**, herausgegeben von Prof. Drasche (K. Prohaska, Teschen) sind die Lieferungen 156—162 erschienen, Fortsetzungen der Disciplinen „Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten“, „Venerische und Hautkrankheiten“, Hygiene und gerichtliche Medicin“. Hervorragende Fachmänner, wie Jessner, Kuhn, Bergeat, Chiari, Darniko, Haug, Bürkner, Saalfeld, Havas, Woltersdorf, Spiering, Kratter u. A. haben hier mit grossem Geschick ihres Amtes gewaltet und die alphabetisch geordneten Artikel in mustergültiger Weise bearbeitet.

— Neujahr steht vor der Thür! Man muss daran denken, sich mit einem **Medicinal-Kalender** zu versorgen. Folgende sind durchaus der Empfehlung werth und verdienen, mal ein Jahr versucht zu werden. Da ist zunächst der **Reichs-Medicinal-Kalender** (Leipzig, G. Thieme), der nicht nur in seinem Haupttheile, sondern auch noch in einem starken Nebenheft eine grosse Anzahl für die tägliche Praxis wichtiger Themata bringt, besprochen von Autoritäten in den betreffenden Gebieten. Trotz des reichen wissenschaftlichen Inhalts, trotz eines genug Raum bietenden *Kalendariums* ist er compendiös genug, um in jeder Tasche Platz



zu finden. Die gleichen Vorzüge wären dem **Medicinal-Kalender von Dr. H. Lohnstein** (Berlin, O. Coblenz) nachzurühmen; auch in ihm werden die Collegen eine Menge von Aufsätzen, Daten, Tabellen etc. finden, die sie sehr gut hie und da werden gebrauchen können, das Kalendarium reicht auch für eine umfangreiche Praxis aus und compendiöser braucht er nicht zu sein.

— Ein glücklicher Gedanke hat zur Abfassung des bei G. Thieme (Leipzig) kürzlich erschienenen Werkes „**Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde**“ von Dr. Rapmund und Dr. Dietrich geführt. In der That bedarf der Praktiker dringend eines Rathgebers, aus dem er in allen Lagen seiner Berufsthätigkeit und des praktischen Lebens sich über die im Deutschen Reiche und seinen Einzelstaaten bestehenden, für den Arzt in Betracht kommenden rechtlichen und gesetzlichen Bestimmungen unterrichten kann. Schon die 1. Lieferung (Preis: M. 3.60), die uns vorliegt (eine 2. soll folgen!) zeigt, dass die Herausgeber ihre Aufgabe wirklich in sehr gediegener und zweckentsprechender Weise gelöst haben. Nicht eine einfache Aneinanderreihung der einzelnen Bestimmungen, sondern eine systematische Verarbeitung derselben lieferten sie, sodass der Ueberblick über das Ganze leicht ist, das Auffinden dessen, was man momentan wissen will, rasch geschieht.

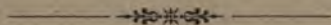
— Das **Lehrbuch der Nervenkrankheiten** von Prof. Fr. Schulze (Verlag von F. Enke, Stuttgart), dessen 1. Hälfte (Preis M. 12) die Presse verlassen hat, zeichnet sich vor Allem dadurch aus, dass es die Bedürfnisse des praktischen Arztes vor Allem im Auge behält. Es bringt die in der Praxis häufiger vorkommenden Affectionen in besonders ausführlicher Darstellung, es vermeidet nach Möglichkeit die hypothesenreichen Klippen der Pathogenese und allgemeine theoretische Auseinandersetzungen, während es der speciellen Therapie der einzelnen Krankheitszustände einen breiten Raum gönnt, es lässt an Klarheit und dabei Kürze des Textes nichts zu wünschen übrig, es führt viele schematisch gehaltene Abbildungen dem Leser vor Augen, damit ihm das Gelesene noch besser zum Bewusstsein gelange —, kurz, es ist ein dem Praktiker warm zu empfehlendes Werk, welches trotz zahlreicher Concurrenten sicher seinen Weg machen wird.

— Von Ebstein-Schwalbe's **Handbuch der praktischen Medicin** (Verlag von F. Enke, Stuttgart) liegen uns jetzt die Lieferungen 2—4 (à M. 4) vor. Lieferung 2 (Bd. I, Bogen 13—24) enthält im Wesentlichen „Acute und chronische Lungen-

entzündungen“ von v. Liebermeister und von demselben Autor „Die Tuberculose der Lungen“, Lieferung 3 (Bd. III, Bogen 1—12) „Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters“ von S. Rosenstein und „Krankheiten der Harnblase“ von Küm-mell, Lieferung 4 (Bd. II, Bogen 1—12) „Krankheiten des Blutes“ von Laache, „Krankheiten der sogen. Blutdrüsen“ von F. Kraus. Alle die genannten Arbeiten bringen die genauesten Details, aber ohne jeden unnützen Ballast, ohne durch Längen den Leser zu ermüden. Das grosse Werk wird dem Praktiker die erspriesslichsten Dienste leisten.

— Von der O. Liebreich'schen „**Encyclopädie der Therapie**“ (Verlag von A. Hirschwald, Berlin) liegt Bd. II, 3. Abtheilung vor (Preis M. 8), in der die Stichworte „Hydronephrose“ bis „Mammageschwülste“ bearbeitet sind. In welcher Weise letzteres in dem grossen Sammelwerke geschieht, ist schon wiederholt von uns mit Worten der höchsten Anerkennung hervorgehoben worden. Der vorliegende stattliche Band schliesst sich würdig seinen Vorgängern an.

— Obwohl Werke genug, welche das gleiche Thema behandeln, vorhanden sind, verdient Dr. A. Lenné's Buch „**Wesen, Ursache und Behandlung der Zuckerkrankheit**“ doch, mit Interesse gelesen zu werden und weitere Verbreitung zu finden. Das Werk (Verlag von S. Karger, Berlin 1898, Preis M. 3.60) giebt eine ausführliche Schilderung alles Wissenswerthen und ein klares Bild von dem, was als wichtig angesehen werden muss. Der Autor weicht in Mancherlei von der sonst bei uns vorherrschenden Auffassung ab und auch im therapeutischen Theil, dem ein besonders grosser Raum in dem Büchlein, den Bedürfnissen des Praktikers entsprechend, gegönnt wird, wird der Leser ab und zu auf gewisse Eigenarten stossen. Aber der Verfasser bewegt sich nicht in Phantasiegebilden, sondern stützt sich auf Erfahrungen, und zwar auf keine ganz geringen, sodass Alles, was er sagt, auf Beachtung vollen Anspruch erheben darf. Wer sich über das für die Praxis so überaus wichtige Krankheitsbild genauer orientiren will, wird nicht umhin können, sich mit Lenné's Buch näher zu beschäftigen.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 5.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Februar*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Adipositas.** Zur Behandlung der Fettleibigkeit mit Schilddrüsenpräparaten liefert Dr. M. Weiss (Wien) einen Beitrag. Er behandelte eine Pat. eines anderen Leidens wegen mit Thyrojodinpastillen (von Bayer & Co., Elberfeld) und constatirte dabei, wie günstig auch die A. beeinflusst wurde. Pat. erhielt durch 6 Tage je 2 Pastillen (à 0,3 Thyrojodin = 0,3 gr frischer Drüsensubstanz) pro die, pausirte dann 3 Tage mit dem Einnehmen, nahm dann durch 6 Tage je 2 1/2 Stück und nach 3 tägiger Pause durch 6 Tage je 3 Stück pro die, sodass sie im ganzen binnen 25 Tagen 45 Pastillen (= 13,5 gr Thyrojodin oder frischer Drüse) verzehrte. Der damit erzielte gute Erfolg veranlasste Autor zu der gleichen Behandlung einiger mit A. behafteter Pat. Während der Behandlung brauchten dieselben ihre Lebensweise durchaus nicht zu ändern, die gewohnte gemischte Kost



in der ihnen genehmen Menge wurde ihnen gewährt, selbst Flüssigkeiten (auch Bier  $\frac{1}{2}$  l pro die) gestattet. Zur Vermeidung einer cumulativen Wirkung wurde auch hier das Mittel nicht in continuo gegeben, sondern nach einem Cyclus von 1 Woche oder 1 Dekade 3–4 Tage pausirt. So wurden 4 Patienten behandelt; bei 3 Pat. war der Erfolg ein durchaus zufriedenstellender (es bekam z. B. der eine Pat. in 3 Cyclen von je einer Dekade mit Zwischenpausen von 3 Tagen in 36 Tagen 105 Pastillen, nämlich  $30 + 35 + 40$ ), nur 1 Mal ein negativer. Unangenehme Nebenwirkungen traten in keinem Falle hervor; selbst bei der einen Pat. mit deutlicher, wenn auch nicht hochgradiger Herzinsufficienz blieb nicht nur jede üble Einwirkung auf das Herz aus, sondern fand sogar verschiedene Besserung der Herzerscheinungen statt, wofür die anatomische Begründung in der theilweisen Einschmelzung des dem Herzmuskel aufgelagerten und ihn durchsetzenden Fettes und in der dadurch herbeigeführten stärkeren Actionsfähigkeit des entlasteten Herzens zu suchen ist. Nach Beendigung der Thyrojodineur suchte Autor einen neuen Fettansatz durch eine bei den jeweiligen Verhältnissen ausführbare diätetische und mechanische Nachbehandlung zu verhindern; sobald aber das Körpergewicht um mehr als 2 kg zugenommen hatte, wurden sofort täglich 2–3 Pastillen und zwar solange gegeben, bis das Gewicht um etwas mehr als das frühere Niveau gesunken war. Da das Thyrojodin cito, jucunde et feretuto wirkt, die Entfettung sicher nur durch Fetteinschmelzung und vermehrte Wasserausscheidung bei Unversehrtbleiben des Eiweissbestandes geschieht, wobei Zunahme der Herzleistungsfähigkeit und Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren ist, glaubt Weiss die Schilddrüseneur als rationelle Entfettungscur durchaus empfehlen zu können.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 41.)

**Alopecia.** Ueber A. syphilitica lässt sich Prof. O. Lassar aus. Er unterscheidet bei Syphilis eine mehr accidentelle und eine specifische A. Was erstere anbelangt, so kann Syphilis natürlich ebenso wie



andere Infectionskrankheiten (Typhus, Puerperalfieber, Influenza) Haarausfall verursachen und schon bestehenden mächtig steigern. Dazu kommt, dass Quecksilbercuren nachtheilig auf das Haarwachsthum einwirken und bereits bestehende Haarleiden verschlimmern können (weshalb Autor bei solchen Curen auf Conservirung und Pflege der Haare ebenso Gewicht legt, als auf die Zahnpflege!). Die eigentliche A. syphilitica ist directe Folge der Infection mit dem syphilitischen Virus und gleicht in ihrem klinischen Verhalten ziemlich der A. areata, bei der man es aber mit einem grösseren, peripherisch sich ausbreitenden Einzelfleck zu thun hat, während bei A. syphilitica gleichzeitig zahlreiche, winzige kahle Stellen sich auf der Kopfhaut entwickeln (auch bei A. areata giebt es eine specifische, kleinfleckige Form, die aber sehr selten ist), die freilich auch, nicht rechtzeitig behandelt, sich immer mehr ausbreiten und zu einer Kahlheit führen, die sich in nichts von anderer Kahlheit unterscheidet. Die specifische Behandlung übt aber einen günstigen Einfluss aus, wofern nicht die Pat. schon früher an A. gelitten haben; in letzterem Falle ist neben der allgemeinen Hg-Behandlung eine locale (die bekannte Lassar'sche Haarcure) einzuleiten.

(Dermatolog. Zeitschrift 1898 Bd. V, Heft 3.)

- Die **Uebertragbarkeit der A. areata** beweisen wieder 4 von B. Plonski beobachtete Fälle, 2 Geschwisterpaare betreffend, die nach einander von dem Leiden befallen wurden, indem sie dasselbe Kammzeug benützten. Beide Patientenpaare waren sonst gesund, hereditär nicht belastet, es fehlte jeder Anhaltspunkt für die Annahme eines trophoneurotischen Ursprungs des Leidens.  
(Ibidem.)

- **Alkoholische Salzsäurelösung** gegen das Ausfallen der Haare empfiehlt Barie:

Rp.

*Acid. hydrochloric. 5,0*

*Alcohol. 50,0*

D. S. Jeden Abend einzureiben.

(Journ. de Méd. — Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 44.)

— Das von Eichhoff empfohlene **Captol** wirkt nach Dr. J. Bloch (Berlin) unvergleichlich rascher als andere Mittel. Derselbe behandelte damit freilich nur 8 Fälle, aber mit eclatantem Erfolge. Zunächst sich selbst. Schon vor mehreren Jahren hatte er wegen starker Seborrhöe die Lassar'sche Cur ohne Erfolg versucht, später mehrere Male die Unna'sche Schwefeltherapie (10%ige Salbe) mit geringer, gar nicht nachhaltiger Wirkung. Captol befreite ihn schon nach 14 Tagen von dem bis dahin ununterbrochen vor sich gehenden Haarausfall, während die Schuppenbildung von Tag zu Tag abnahm und sich bis auf ein Minimum reducirte. Bei 2 anderen Pat. derselbe Erfolg. Auch hier verwandte er Spirit. Captol. compos. (gebrauchsfertig in den Apotheken):

Rp.

*Captol.*

*Chloralhydrat.*

*Acid. tartaric. aa 1,0*

*Ol. Ricin. 0,5*

*Extr. flor. q. s.*

*Spir. vin. (65%) 100,0*

Autor verrieb eine kleine Menge davon täglich 1—2 Mal mit der Hand auf die Kopfhaut, bis diese sich wieder trocken anfühlte und wusch ausserdem 1 Mal in der Woche den Kopf gründlich mit Schwefelseife.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 99.)

— Gegen A., besonders bei nervösen Kopfschmerzen, empfiehlt Dr. E. Leistikow folgende Haarpomade:

Rp.

*Tinct. Canthar. 3,0*

*Chloral. hydrat. 2,0*

*Lanolin. 5,0*

*Vaselin.*

*Aq. Lauroc.*

*Aq. Calc. aa 10,0*

(Pharmac. Centralhalle 1898 No. 30.)

**Bubo.** Die einfache Jodtherapie neben Laxantien hat Dr. J. Bloch (Berlin) als wirksamer schätzen gelernt, als alle anderen empfohlenen Mittel. Er reibt täglich

2—3 Mal energisch mit Jodkalisalbe (oder 6%igem Jodvasogen) ein, giebt intern Jodkali und jeden 3. Tag Karlsbader Salz. Im Jahre 1898 behandelte er so 15 Fälle (darunter 12 virulente nach *Ulcus molle*) und sah nie Eiterung, stets Resorption; 2 Mal sah er sogar beginnende Eiterung noch zurückgehen.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1898 No. 99.)

- Einen Fall von retroperitonealem Bubo demonstrierte Jessen. 38jähr. Mann, hoch fiebernd. Leistendrüsen links etwas geschwollen. Dann Milzvergrößerung, Psoascontractur, linke Nierengegend schmerzhaft. Zuerst wird an einen leukämischen resp. pseudo-leukämischen Zustand gedacht. Allmählig zunehmende Schwellung und Fluctuation der linken Leistengegend. Eröffnung eines grossen Abscesses, die Sonde dringt bis in die linke Nierengegend vor. Langsame Heilung. Nachträglich gestand Pat., 14 Tage vor der Aufnahme an 3 *Ulcera mollia* behandelt und 8 Tage vor der Aufnahme mit Fieber erkrankt zu sein. Autor nimmt an, dass die Infection von den *Ulcera mollia* aus die Leistendrüsen und auch die retroperitonealen Drüsen der Nierengegend befiel.

(Aerztlicher Verein zu Hamburg, 18. X. 98. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 46.)

**Dermatitis.** 3 Fälle von *D. artificialis* (durch *Primula obconica*, *Oleum Lauri* und *Eugallol*) beschreibt Dr. Hopf (Dresden). I. 38jähriger Gärtner, nie krank, speciell hautkrank gewesen, aber etwas nervös, leicht erregbar und sehr empfindlich gegen cutane Reize. Im vorigen Jahre hatte er zum 1. Male die blaue japanische Primel (*Primula obconica*) ausgesät; das Umsetzen der 100 Stöcke brachte keine Störung. Dies Jahr vergrösserte Pat. seine Primelzucht auf 2000 Stück, die er am 25. Juli 1898 zum Theil (1000 Stück) umsetzte, unterstützt von seiner Frau und einem Burschen. Am 27. Juli verspürte Pat. heftiges Jucken, gleichzeitig zeigten sich auf der Rückenfläche beider Hände, besonders in der Umgebung der Finger, namentlich des 1. und 2., rothe Pünktchen, die bald an Grösse zunahmen und stark

juckten. Die Hände begannen zu schwellen, Störung des Allgemeinbefindens. Alles das am 28. Juli noch verschlimmert; Jucken unerträglich, Schlaf sehr gestört, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit, Rückenflächen beider Hände diffus geschwollen, auf ihnen verstreut unzählige, kleine rothe Papeln, zum Theil vesiculös geworden, mit hellem, milchigem Inhalt. Eine Colonie solcher Bläschen auch auf der rechten Wange. Unter Verband mit Hebra'scher Salbe, Abheilung nach 3 Tagen. Die Blüthen der *Primula obconica* haben 2 Arten von Härchen, gewöhnliche Pflanzenhaare und „Drüsenhaare“; letztere sind aus 3–4 Zellen zusammengesetzt, deren äusserste ein gelbes Secret enthaltendes Bläschen bildet. Dieses Secret reizt die Haut, führt aber nicht immer, sondern nur bei reizbarer Haut nervöser Personen, zu D. (Frau und Gärtnerbursche blieben hier verschont). — II. 40jähriger Handelsmann rieb sich Anfang Juni auf Rath eines Apothekers wegen Heiserkeit die Kehlkopfgegend mit ungereinigtem Lorbeeröl ein (Hauptbestandtheile des letzteren: Laurostearin, Trioleïn, Lorbeercampher, Chlorophyll). Innerhalb der nächsten Tage entstand eine sehr unangenehme Hautaffection und als sich Pat. am 9. Juni vorstellte, bot er folgenden Status: Wenige Stellen des Körpers mit intacter Haut; Hals, Gesicht, Brust, Arme, Beine in ganzer Ausdehnung tief dunkelroth entzündet, geschwollen, prall gespannt, mit Tausenden von Bläschen und Blasen von Stecknadelkopf- bis Kirschgrösse, zum Theil confluirend, bedeckt; Beweglichkeit des Kopfes und der Glieder sehr beschränkt, Augen geschwollen; Allgemeinzustand schlecht, Appetitlosigkeit, Fieber, heftiges stechendes Brennen am ganzen Körper. Unter Bleivaseline in etwa 12 Tagen soweit Besserung, dass Pat. wieder arbeitsfähig war. Am 22. Juni noch viele ekzematöse, trockene, schuppende Stellen, beide Oberschenkel über und über mit Pigmentflecken besät, am Halse beiderseits schmerzhaftes Drüsenpaquete; hie und da auch noch ein neues Eiterpustelchen. In einigen Tagen unter milder Salbenbehandlung totale Heilung. — III. 40jähriger Kaufmann, schon wiederholt vom Autor wegen einer sehr hartnäckigen Psoriasis behandelt. Nach den ausgezeichneten Erfolgen, die Autor



in einigen anderen Fällen von Psoriasis mit dem jüngst von Kromayer empfohlenen Eurobin zu verzeichnen hatte, versuchte er letzteres auch hier und, da Salbenbehandlung aus äusseren Gründen nicht anging, verordnete er Pinselungen mit:

Rp.

*Eurobin. 1,0*

*Eugallol. 10,0*

*Aceton ad 100,0*

(Kromayer.)

Am 5. September wandte Pat. das Medicament zuerst an. Am 9. September war noch nichts Besonderes zu bemerken. Am 12. September aber heftiges Jucken, die Psoriasisplaques auf Armen und Beinen elevirt, tief dunkelroth, mit 1—5 cm breiter, hochrother Infiltrationszone, letztere indurirt; Bewegung der Arme und Beine etwas erschwert. Sofort Sistirung der Pinselungen. In der Nacht zum 14. September Schüttelfrost, totale Schlaflosigkeit infolge Spannens, Brennens und heftigen Juckreizes. Trotz Priessnitz'scher Umschläge seit 12. September immer weitere Ausbreitung der P. Am 15. September Röthung der Extremitäten diffus, die einzelnen Infiltrate in der allgemein gespannten, brettharten Haut verschwunden, Beweglichkeit der Glieder sehr herabgesetzt, über den Psoriasisflecken unzählige kleine Bläschen, ebenso in ihrer directen Umgebung, an den Unterschenkeln zeigen die Psoriasis-schorfe eine schwarze Verfärbung; Allgemeinbefinden sehr schlecht, Oedema pedum. 17. September. Seit heute Abnahme der Beschwerden; alle Schorfe nekrotisch, lösen sich theilweise ab, unter sich oberflächliche Geschwüre zurücklassend; allgemeine Röthung geringer. 23. Sept. An den Armen nur noch trockene, schuppige, stark juckende Ekzemflecke, an den Beinen alle Schorfe losgestossen, Exulcerationen in Heilung begriffen; diffuse trockene Abschuppung der Haut mit starkem Jucken. Therapie: Zuerst Bleiwasserumschläge, später Bleisalbe. Nach dieser Erfahrung wird Autor dem Pat. die Lösung nie wieder in die Hände geben, nur klinisch benützen.

(Dermatolog. Centralblatt, October 1898.)

- Eine **artificielle D. nach Gebrauch von Airol** beobachtete Dr. Spiegel (Cöln a. Rh.) 2 Mal, bei einem Ulcus molle und einem Panaritium sub ungue digit. II. Beide Male war Airol als Pulver applicirt worden, darüber ein Watteverband. Beim Verbandwechsel, 24 Stunden später, war eine intensive vesiculöse resp. bullöse D. zu constatiren, welche nach Sistirung des Airols und Bestreuung mit Zinktalk nach einigen Tagen abheilte.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1898, Bd. 27, No. 12.)

**Ekzem.** Xeroform empfiehlt warm Stabsarzt Dr. Thurnwald (Wien) für oberflächliche chronische Ekzeme, insbesondere für das leicht nässende, lebhaft geröthete Ekzema intertrigo des Hodensackes und der Innenseite der Oberschenkel, dann weiter überhaupt dort, wo sich Haut mit Haut in Falten berührt und aneinander reibt: inter nates, in den Achselfalten u. s. w. Nach vorausgegangenem Bade werden die betreffenden Stellen mit steriler Gaze gut trocken gereinigt und dann mit Xeroform mittelst sterilen, festgedrehten Wattebausches gut eingerieben; die Procedur ohne Bäder wird dann täglich 2 Mal wiederholt. Heilung trat bei dieser Therapie auffallend rasch ein. (Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 44.)

- **Xeroform** wurde von Dr. N. Berend (Budapest, Stefanie-Kinderspital) bei Hauterkrankungen von Kindern angewandt und an über 200 Fällen erprobt, zunächst bei dem so hartnäckigen nässenden E.; nicht selten wurde wochenlang die übliche Therapie erfolglos ins Treffen geführt, nach 1–2tägiger Applicirung des Xeroforms aber erfolgte Heilung. Das Mittel entfaltet aber nur dort seine Wirkung, wo es mit der Haut oder mit der Wundfläche in unmittelbaren Contact geräth, wesshalb es durchaus nothwendig ist, vorher Schorfe und Krusten abzutragen und dann erst Xeroform (als Pulver oder 5%ige Salbe) zu appliciren. Besonders in jenen hartnäckigen Fällen von Ekzema faciei, welche, am ganzen Kindesleibe Jucken verursachend, in der 2. Hälfte des 1. Lebensjahres auftreten, sowie gelegentlich der durch das Ekzema seborrhoicum capitis verursachten Fälle von

Ekzema universale wurden sehr schöne Erfolge erzielt. Intertrigo heilt bei Xeroformbestreuung meist innerhalb 48 Stunden. Beim Ekzema impetiginosum behebt das Xeroform besonders rasch die Eiterung und führt zur Heilung. Sehr oft wurden die im Gefolge des E. auftretenden Schmerzen, Jucken, Unruhe etc. sofort behoben. Im Gesicht und an den Hautfalten ist Streupulver am besten, am Kopfe Salbe. Ersteres darf nur dünn aufgetragen werden, da sonst leicht feste Schorfe entstehen (zweckmässig ist es deshalb auch, das Pulver auf einen Gazelappen zu appliciren!) Trocknet das E. auch ab, so darf die Behandlung in chronischen Fällen nicht unterbrochen werden, doch muss man in diesem Stadium 5%ige Xeroformzinksalbe benützen; das ist aber nur in den hartnäckigsten Fällen erforderlich. Xeroform bewährte sich aber auch bei Ekzema introitus narium, Rhinitis scrophulosa und auch bei Störungen der Nabelheilung (15 Fälle) sah Autor so rasche Heilung, dass er vorschlägt, das übliche Salicyl-amyllum bei Nabelverbänden durch Xeroform zu ersetzen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1898 Bd. 48 Heft 2/3.)

— **Tannoform** hat Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien) bei E. mit bestem Erfolge angewandt. Vor allem war es das gewerbliche E. (132 Fälle), welches ausserordentlich beeinflusst wurde durch 10%ige Salbe:

Rp.

*Tannoform. 3.o*

*Lanolin.*

*Ung. simpl. aa 15,o.*

Der Verband wurde 2 Mal täglich erneuert und schon am 3. Tage pflegten die früher nässenden, rothen Stellen von graurother, nicht secernirender, junger Epidermis überkleidet zu sein. Die Heilungsdauer betrug in der Regel nur  $\frac{1}{3}$  der sonstigen, oft noch weniger. Zeigten sich die nässenden Stellen mit Pusteln complicirt, so mussten sie erst durch 1—2 tägige Anwendung von Resorcinumschlägen in reine Ekzeme umgewandelt werden, worauf sie durch Tannoform in kürzester Zeit der Ueberhäutung zugeführt wurden; war die Eiterung keine abgeschlossene, nur oberflächliche, so genügte Tannoform

allein, die Eiterung verschwinden zu machen. Die Salbe bewährte sich auch in 8 Fällen von E. am Anus, ferner in 12 Fällen von Intertrigo. Bei Kindern wurde hier 5%ige Salbe bloss mit Vaseline benützt.

(Wiener medic. Blätter 1898 No. 46.)

- Gegen das **nässende und borkige E. des Kopfes, Gesichts, der Ohren etc. kleiner Kinder und Erwachsener** wendet Dr. M. Hodara (Konstantinopel) seit einigen Monaten mit Erfolg folgende Formel an, die sich auch bei Impetigo vulgaris bewährte:

**Rp.**

*Axung. benz.* 12,0

*Ol. Olivar.* 9,0

*Hydrarg. praec. rubr.* 15,0

*Sacch. alb. subt. pulv.* 6,0

*Acid. carbolic.* 0,05—0,5

(Je nach Stärke des Nüssens oder Juckens).

Der Zucker (es soll Kandiszucker genommen werden) muss, bevor er zerstoßen wird, entwässert und 1 Stunde lang im Wasserbade getrocknet werden. Namentlich in Fällen von chron. nüssendem E. des Kopfes und der Ohren bei Kindern, das sehr hartnäckig war und stark juckte, hat sich die Salbe als recht wirksam erwiesen. (Monatshefte für prakt. Dermatologie 1898 Bd. 27 No. 10.)

- **Naftalan** hat Dr. J. Hirschcron (Wien) besonders beim gewerblichen E. ausserordentlich schätzen gelernt. Bei sehr acutem E., mit reichlicher Secretion, wirkte das Mittel geradezu coupirend; innerhalb 48 Stunden ist die Secretion auf ein Minimum reducirt, Schwellung und Juckreiz nehmen ab, nach längstens 3 Wochen erscheint die Haut normal. Etwas langsamer, aber gleichfalls prompt wirkt Naftalan beim subacuten und chronischen E. Zweckmässig ist es, vorerst die ekzematösen Stellen entweder trocken oder mit Oel oder Salicylspirit zu reinigen, um die reizbringenden Anhaftungen zu entfernen und dann erst ungefähr messerrückendick das Naftalan aufzutragen und 2 Mal des Tages zu wechseln. Auch bei Kopf-ekzem der Kinder leistet Naftalan sehr Gutes, desgleichen beim Scabiesekzem. Endlich wirkte das Mittel vortrefflich bei Psoriasis vulgaris.

(Therap. Beilage No. 12 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1898.)



— Auf das **Salol-Ekzem** macht Dr. Axmann (Erfurt) aufmerksam. Bekanntlich hat Neisser bei Gebrauch des Odols Lippenekzeme beobachtet, die er auf die im Odol enthaltenen ätherischen Oele zurückführt. Axmann giebt dem Salol die Hauptschuld, das im Odol zu 3% enthalten ist. Er sah wiederholt E. bei Einnahmen von Salol in Pulver und bei externem Gebrauch (Gurgelwasser). (Ibidem.)

**Gonorrhö.** Die **Noffke'schen Schmelzbougies**, nach Dr. H. Lohnstein angefertigt, nehmen eine hervorragende Stelle in der Trippertherapie ein. Während die gewöhnlichen, aus reiner Cacaomasse bereiteten Suppositorien unbrauchbar sind, da sie unmittelbar nach der Einführung erweichen (also für die Urethra poster. gar nicht zu verwenden sind), ist bei den Schmelzbougies das Cacaoöl warm emulgirt und dann nach dem Erkalten kalt gepresst, sodass sie erst nach etwa 15 Minuten flüssig werden und sich leicht auch bei Stricturen geringeren Grades bis an den Blasenhalss einführen lassen; ausserdem sind sie sehr haltbar, können in den verschiedensten Dicken (3—9 mm) und Längen (4—25 cm) angefertigt werden, der Arzt kann auch nach Belieben Stücke abschneiden, die Enden zwecks bequemer Einführung mit den Fingern conisch formen u. s. w. Man kann den Schmelzbougies alle möglichen Medicamente zu jedem Procentsatz zusetzen, wobei man zwischen acuter und chronischer, vorderer und hinterer G. zu unterscheiden hat. Bei der acuten G. des vorderen Theils der Harnröhre kommen Schmelzbougies nach Lohnstein in erster Linie dann in Betracht, wenn nach Beseitigung der Gonokokken im eitrigen Secret durch antiseptische Injectionen oder Irrigationen noch längere Zeit ein schleimiger oder schleimig-eitriger Ausfluss besteht. Hier sind Adstringentien (Zink. sulf., Tannin, Alaun) indicirt, die man zweckmässig in etwas stärkerer Concentration, als bei Injectionen, den Stäbchen zusetzen lässt. Diese Schmelzbougies sind in der Dicke von 4—5 mm und in der Länge von 6—10 cm 2—3 Mal täglich in die vordere Harnröhre zu bringen und daselbst 15—30 Minuten festzuhalten. Das erste Mal mache der Arzt dies, dann kann der Pat. die

einfache Manipulation allein machen. Vor jeder Application muss das in der Urethra befindliche Secret durch Miction möglichst entfernt werden. Neben den Adstringentien kann man vortheilhaft auch Jodoform, resp. dessen geruchloses Ersatzmittel Sanoform zu 10–20% zusetzen lassen, besonders da, wo nach Ablauf der acuten Erscheinungen ein längeres Nachstadium vorwiegend eitriger Absonderung bei völliger Schmerzlosigkeit der Urethra folgt. In Fällen endlich, in denen sich die Harnröhre gegen Injectionen oder Irrigationen zu empfindlich zeigt, kann man auch schon im Gonokokkenstadium der acuten G. die Stäbchen, dann natürlich mit einem gonokokkentödtenden Medicament, wie Argent. nitric., Protargol, Argonin etc. anwenden; sie üben, in mässiger Dicke eingeführt, meist eine viel geringere Reizwirkung als die Injectionen aus, wirken aber wegen der längeren Dauer ihres Verweilens in der Harnröhre mindestens ebenso nachhaltig ein. Bei acuter Urethritis poster., bei welcher man mit der localen Therapie überhaupt sehr vorsichtig sein muss, ist von der Behandlung mit Arzneibougies abzusehen, da es ohne Hilfsapparate (s. unten) unmöglich ist, die Stäbchen in die ganze Urethra poster. einschliesslich des Blasenhalsses zu bringen und weil durch die Einführung eines Rohres von der nöthigen Stärke leicht ein Reiz ausgeübt werden könnte, der zu acuter Harnretention, Epididymitis etc. führen könnte. Bei der chron. G. muss man unterscheiden zwischen den Fällen mit nur oberflächlichen Schleimhautprocessen und zwischen der chronischen infiltrirenden Urethritis, welche letztere unbehandelt oft schliesslich zu bleibenden Stricturen führt. In den ersteren Fällen hat man wieder die seltenen Fälle, wo der Sitz der Erkrankung im vorderen Theil der Harnröhre ist, von denen zu sondern, in welchen die gesammte Urethra ergriffen ist. Bei chronischer Urethritis anter. werden die Schmelzbougies gerade so angewandt, wie bei der acuten G. In der 2. Classe von Fällen muss man sich zur Einführung der Stäbchen gerader Tuben (Köbner's Urethralpistole) oder gebogener Metallröhrchen bedienen, durch welche sie mittelst federn-

der Obturatoren an ihren Bestimmungsort geschoben werden; kurz vor der Application lässt man den Pat. uriniren und nach Einführung des Stäbchens wird die Harnröhre zunächst so lange dicht über dem distalen Ende des Bougie verschlossen gehalten, bis ein vollkommenes Zerschmelzen derselben eingetreten ist, hierauf wird die Harnröhre durch Watte verschlossen und dem Pat. aufgegeben, die nächste Miction möglichst hinauszuschieben. Wenn auch nicht die gesammte Masse des Stäbchens in der Harnröhre zurückgehalten wird, so bleibt doch bis zur nächsten Miction ein hinreichend grosser Theil des eingeführten Medicamentes in ihr zurück. Am meisten empfehlen sich hier Schmelzbougies mit 5% Tannin und Resorcin  $\overline{aa}$  oder mit 0,5% Zink. sulf., 5% Resorcin. Bei chronischer G. mit Ergriffen-  
sein tieferer Schichten der Harnröhrenschleimhaut ist nur durch mechanische Behandlung mit Metallsonden und Dilatatoren — am besten den von Lohnstein angegebenen Spüldilatatoren — Heilung zu erzielen, doch leisten auch hier Schmelzbougies mit Tannin, Resorcin und Zinksulfat in den angeführten Concentrationen in den Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Applicationen jener Instrumente vortreffliche Dienste; man wird hier, entsprechend dem jeweils erreichten Grade der Dehnbarkeit der Urethralschleimhaut, Schmelzbougies steigenden Kalibers verwenden.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 85.)

- **Airol** bei G. hat Regimentsarzt Dr. H. Tausig mit bestem Erfolg angewandt. Nach peinlichster Reinigung des Orificium externum wird ein gut gereinigter Nélatonkatheter in die vordere Harnröhrenparthie eingeführt und durch diesen eine Auswaschung mit 3%igem Borwasser vorgenommen, hierauf wird der Katheter entfernt und etwa  $\frac{2}{3}$  einer gewöhnlichen Tripperspritze von folgender Emulsion eingespritzt:

**Rp.**

*Airol. 10,0*

*Glycerin.*

*Aq. dest.  $\overline{aa}$  50,0*

Das Mittel wird etwa 5 Minuten in der Harnröhre belassen, dann herausgelassen, die Harnröhrenmündung mit steriler Watte bedeckt. So täglich bis zum Verschwinden des Ausflusses. Nach dieser Methode behandelt wurden 30 Fälle von acuter und chronischer G. (Behandlungsdauer schwankte zwischen 3–10 Tagen); darunter 6 Fälle, wo erst nach Verschwinden der complicirenden Nebenhodenentzündung injicirt wurde, wobei es nie zu einem Recidiv kam. Auch Blasenkatarrhe kamen nicht vor. Die Heilung der G. erwies sich als dauernde.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 45.)

— Die **Behandlung der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum** ist nach Dr. Wolffberg (Breslau), der mit seiner Methode unausgesetzt gute Resultate erzielt hat, folgendermaassen zu leiten: Zunächst soll man das Kind nicht auf dem Schoosse der Mutter oder auf den Knien behandeln, auch nicht auf der harten Tischplatte, sondern der von ihm angegebene Kindertisch, der statt einer Holzplatte eine Mulde aus Segelleinwand trägt, ist fast unentbehrlich. Im Uebrigen bedarf es noch einer 2%igen Lösung von Argent. nitric., einer 5%igen Xeroformvaselinsalbe, die mittelst Glasstäbchens in den Bindehautsack zu bringen ist und einer Formalinlösung (auf 100 gr Wasser 1 Tropfen Formalin-Schering) nebst fertigen Wattebäuschchen und Pincetten. Xeroform und Formalin sind ja nicht unentbehrlich und event. durch was Anderes ersetzbar, dagegen möchte Autor vorläufig Front machen gegen Verdrängung des Argent. nitric. durch Argentamin, Protargol etc., die noch viel zu wenig erprobt sind. Autor geht so vor: Das Auge wird mit in Formalinlösung getränkten Wattebäuschchen gereinigt; dann lässt man einen Tropfen Argentumlösung auf das umgedrehte Oberlid, einen auf die Schleimhaut des Unterlides fallen, trocknet die Lider, speciell die Ränder, äusserlich sorgfältig ab, bringt etwas Xeroformsalbe in den unteren Conjunctivalsack und verreibt dieselbe sanft. Diese Procedur wird 2 Mal täglich vorgenommen, solange starke Eiterung besteht, später nur 1 Mal täglich. Nach dieser Application wird dem Auge 1 Stunde völlige Ruhe gelassen; nur wenn das Kind sehr schreit, werden die



Lider öfters am Anfang auseinandergezogen, weil mit den Thränen etwa beim Reinigen entgangener Eiter aus der Tiefe des Bindehautsacks auszutreten pflegt. Eis wendet Wolffberg nie an. Das gesunde Auge schützt er durch tägliches prophylaktisches Einträufeln von Argent. nitr., 2 Mal am Tage.

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 27. Oct. 1898.)

- **Protargol bei Augengonorrhö** wird warm empfohlen von Dr. A. Lesshaft (Görlitz). Derselbe lernte das Mittel zuerst schätzen bei einem Erwachsenen mit frischer G., dessen rechtes Auge seit drei, dessen linkes seit einem Tag inficirt war (rechts Cornea bereits von einer wallartigen Conjunctivalschwellung umgeben). Gonokokken nachweisbar. Klinische Behandlung abgelehnt. Pat. bekam 10%ige Protargollösung (2stündlich einzuträufeln) als Nothbehelf, bis er in die Klinik kommen könnte. Letzteres geschah nicht, Pat. theilte nur mit, dass er  $\frac{1}{2}$ stündlich trotz grosser Schmerzen Tag und Nacht eingeträufelt habe, worauf nach 2 Tagen Besserung, nach weiteren 2 Heilung eingetreten sei. — Seitdem behandelte Autor 18 Fälle von Ophthalmoblennorrhoea neonatorum mit 5%iger Protargollösung (daneben nur, Anfangs stündlich, dann seltener, behufs Entfernung des Secrets, Sublimatauswaschungen, 1:5000; keine Eisumschlägel!), die meist 3 Mal, in schweren Fällen 5 Mal (und event. auch in der Nacht mehrmals) eingeträufelt wurde. In fast allen Fällen in 2–5 Tagen wesentliche Besserung, 1 Mal nach 5, 3 Mal nach 6, 4 Mal nach 7, 4 Mal nach 8, 2 Mal nach 10, 1 Mal nach 11 und 1 Mal nach 13 Tagen Heilung, 1 Mal erst nach 20 Tagen. Von den Pat. kamen 9 in der 1. Lebenswoche, 5 Anfangs der 2. in Behandlung (genesen meist in kürzester Frist), 1 Mal bestand das Leiden seit 3 Wochen (Heilung in 5 Tagen), 1 Mal seit 4 Wochen (Heilung nach 14 Tagen), 2 Mal 6 resp. 8 Wochen (mit enormen wulstigen Granulationen, die in 8 Tagen verschwanden, worauf völlige Heilung nach 13 resp. 8 Tagen eintrat). War nur 1 Auge erkrankt, täglich 1 Mal Einträufelung von Protargol in's andere, wodurch ausnahmslos der Erkrankung vorgebeugt wurde. In 2 vor Beginn der Behandlung sehr vernachlässigten Fällen mit

Hornhautgeschwüren, machten diese unter Protargol keine Fortschritte mehr, sondern heilten normal. Protargol ist entschieden dem Argent. nitric. vorzuziehen; es wirkt energischer auf die Gonokokken ein, ohne dabei zu ätzen und zu reizen.

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 15. Dec. 1898.)

**Haemorrhoiden.** Beiträge zur chirurgischen Behandlung der H. nach der Methode von Whitehead liefert

A. Teichmann in Breslau, wo (im Fränkel'schen und Augusta-Hospital) die Excision der Knoten nach dieser Methode in 30 Fällen vorgenommen wurde und zwar mit bestem Erfolg. Auf die Vorbereitungen wird besonderer Werth gelegt: 3 Tage vor der Operation gründliche Abführung, dann Rectumausspülung mit Borsäure mittelst dicken Nélatonkatheters; Sitzbäder, Rasiren, am Operationstag Opium, Seitenlage bei der Operation, kein Tampon im Rectum, schrittweises Abtragen der Knoten an der Basis mit anschliessender Nath (Catgut), kein Tupfen, nur Berieselung mit Borsäure, Jodoformbrei, T-Binde. Nachbehandlung: 7 Tage Opium, täglich Abspülung der Wunde, am 7. Tage Ricinus. Schmerzen bei der Operation sehr unbedeutend, ebenso Blutung, keine Incontinenz, keine lästige Narbenbildung, da keine ringförmige, sondern eine durch schmale Inseln intacten Gewebes getrennte Wunde gesetzt wird. Auch bei hohem Sitz der H. nie Verletzung des Sphincter. Behandlungsdauer im Durchschnitt  $2\frac{1}{2}$  Wochen.

(Inaug.-Dissert. Breslau 1898. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1898 No. 44.)

**Hernien.** Ueber einen Fall von Diarrhö bei Brucheklemmung berichtet Dr. Th. Baron (Berlin). 43 jährige

Frau erkrankte ganz plötzlich am 20. Februar 1898 Morgens mit Erbrechen und Magenschmerzen. Ausserdem empfand sie Schmerz in der rechten Leistengegend, woselbst sie eine Geschwulst fühlte, von deren Existenz sie bis dahin nichts gewusst hatte. Während sie sonst regelmässig am Tage nur 1 Mal festen Stuhlgang zu haben pflegte, stellte sich an diesem Tage 4 Mal Stuhl ein, gegen Abend dünnbreiiger. Abends diagnosticirte ein Arzt

„Magendarmkatarrh“ und „Leistendrüsenentzündung“ (nicht, „Hernie“ wegen der dünnen Stühle). Da trotz Morphiumtropfen und Eispillen Erbrechen und Schmerzen im Leibe und in den Leisten anhielten, wurde Baron um 12 Uhr Nachts geholt. Pat. klagte lebhaft, Allgemeinbefinden ging, das zuletzt Erbrochene bestand aus gallig gefärbtem Schleim, war ohne Fäcalgeruch; in der rechten Leiste ein gut walnussgrosser, bei Berührung und auch spontan schmerzhafter Tumor unter normaler Haut, nicht in die Bauchhöhle zurückschiebbar. Autor konnte das nicht für Lymphadenitis halten; einmal weil die Schwellung einer Inguinaldrüse (es war bestimmt ein einziger circumscripiter Tumor) unwahrscheinlich war, dann weil eine Ursache dafür sich nicht vorfand. Er diagnosticirte daher *Hernia incarcerata* und zwar nahm er wegen des Durchfalls eine Netz- oder Darmwandhernie an. Nach Morphium (subcutan 0,02) Schlaf und vollständiges Sistiren des Stuhlgangs; auch Erbrechen geringer, aber noch starkes Würgen und Aufstossen. Morgens Taxisversuch vergeblich. In einer Klinik dann Herniotomie. Es lag nur Darm, kein Netz vor, und zwar eine volle Darmschlinge; eingeklemmte Parthie zwar stark cyanotisch, aber Oberfläche noch spiegelnd, daher noch Reposition. Heilung per primam. — Wie erklärte sich der Durchfall? Geringe Stuhlentleerungen bei Incarceration können ja von unterhalb der eingeklemmten Darmparthie gelegenen Darm herühren. Aber auch Diarrhöen sind bekannt. So sagt B. Schmidt: „Seltene Ausnahmefälle sind es, wo bei Einklemmung äusserer H. neben Collaps, reichlichem Erbrechen und anderen Incarcerationsserscheinungen profuse Diarrhöen bestehen. Malgaigne hat hierfür den Namen *Choléra herniaire* aufgestellt.“ Durchfall würde also hiernach ein prognostisch ungünstiges Zeichen sein. Obiger Fall verlief gut und Baron glaubt auch nicht an *Choléra herniaire* hierbei, da die Diarrhöe zu einer Zeit auftrat, wo die Einklemmungserscheinungen noch keine besonders schweren waren. Entweder handelte es sich hier doch nur um Entleerung der untersten Darmabschnitte oder die Pat. erkrankte zunächst an acuter Enteritis, in

deren Verlauf durch vermehrte Peristaltik die Incarceration auftrat. Jedenfalls zeigt der Fall wieder, dass selbst Durchfall durchaus nicht die Diagnose Brucheinklemmung erschüttern kann.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

— Ueber die **Untersuchung und Begutachtung der sogen. Unfallbrüche** hielt Dr. C. Kaufmann (Zürich) einen Vortrag, dem wir Folgendes entnehmen: Aus dem Studium von über 200 deutschen, österreichischen und schweizerischen Gerichtsentscheiden formulirt er zunächst für die Entschädigung der H. folgenden Satz: „Die unmittelbar nach einem eigentlichen Unfalle beim Betriebe oder nach einer aussergewöhnlichen Anstrengung bei der Betriebsarbeit, d. h. nach einer über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgehenden schweren körperlichen Anstrengung frisch und plötzlich unter heftigen Schmerzen in die Erscheinung tretenden Unterleibsbrüche sind entschädigungspflichtig“. Alle für die Untersuchung und Begutachtung eines Bruchfalles wichtigen Momente sind in diesem Satze erhalten. Das erste Erforderniss für einen berechtigten Schadenerspruch bildet der Nachweis eines Betriebsunfalles oder einer ihm unfallrechtlich gleichzustellenden aussergewöhnlichen Anstrengung bei der Betriebsarbeit. Als Unfallereignisse finden sich bei Unfallbrüchen die folgenden notirt:

1. Directe Gewalteinwirkungen auf die Leistengegend (z. B. Quetschung der Lenden- und Bauchgegend, Anprallen eines schweren Steines u. s. w.)
2. Ausgleiten oder Fallen beim Heben oder Werfen von schweren Gegenständen und Lasten.

Aussergewöhnliche Anstrengung ist anzunehmen unter folgenden Umständen:

- a) Bei schwerer jedoch geläufiger Arbeit, die unter ausnahmsweise ungünstigen Verhältnissen verrichtet werden muss (z. B. ungleichmässiges Anheben einer sehr schweren Last durch mehrere Arbeiter).
- b) Bei für den Arbeiter ganz ungewohnter Anstrengung.



- c) Bei über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgehender Anstrengung, also bei einer eigentlichen Ueberanstrengung in Hinsicht auf Alter und Körperstärke des Arbeiters.

Auf diese Fragen des Unfalles oder der Ueberanstrengung soll der zuerst untersuchende Arzt sofort eingehen und hier, soweit es ihm möglich, der Sache auf den Grund zu kommen suchen, um dann dem 2. Erforderniss für einen berechtigten Schadenersatzanspruch näher zu treten, dem Nachweis, dass der Bruch frisch und plötzlich unter heftigen Schmerzen in die Erscheinung getreten sei. Je rascher nach dem beschuldigten Ereignisse der Bruchkranke sich dem Arzte vorstellt, um so leichter und sicherer vermag der letztere die klinischen Erscheinungen des Bruchaustrittes zu beurtheilen. Daher ist es ganz sachgemäss, dass die Unfallgerichte die sofortige Anrufung ärztlicher Hilfe als einen, die Annahme der unfallweisen Entstehung des Bruchleidens unterstützenden Thatumstand auffassen und gegentheils in der verspäteten Zuziehung des Arztes ein Moment erblicken, welches gegen die unfallweise Entstehung des Bruchleidens spricht. Die ärztliche Untersuchung selbst beginnt mit der Feststellung der Erscheinung des Bruchaustrittes. „Das plötzliche Entstehen eines Bruches hat regelmässig heftige, kaum erträgliche Schmerzen im Gefolge, welche den davon Betroffenen mindestens zu einer Unterbrechung der Arbeit nöthigen und ihn unwillkürlich zu Aeusserungen des Schmerzes, sowie zur alsbaldigen Anrufung ärztlicher Hilfe veranlassen“, sagt das Handbuch der Unfallversicherung und giebt weiter an, dass beim plötzlichen Austritte von Unfallbrüchen regelmässig eine Einklemmung eintritt. Ferner soll der zufolge eines Unfalls entstandene Bruch ein frischer sein. Leider besitzt der letztere keine in der Art charakteristischen Kennzeichen, dass aus ihnen die Diagnose ohne Weiteres gesichert würde. Auf Grund unserer Untersuchung sind wir nur ermächtigt, gegebenen Falles die Möglichkeit eines frischen Bruches zuzugeben oder aber einen Bruch mit grösserer oder geringerer Sicherheit als älteren, demnach als nicht frisch entstandenen Bruch

zu bezeichnen. Die Möglichkeit, dass es sich um einen frischen Bruch handelt, liegt bei folgendem Befunde des Leistenbruches vor: Pflaumen- bis höchstens hühnereigrosser, entweder ganz interstitiell gelegener oder nur zum kleineren Theile den äusseren Leistenring überragender, im Liegen nicht spontan, sondern erst auf Compression reponirbarer Bruch, der im Stehen gewöhnlich auf Pressen oder Husten vorfällt; Bruchpforte für 1 Finger durchgängig; auf der gesunden Seite kein Bruch; Leistenring und Leistencanal kaum für den Finger passirbar. Ohne Weiteres als ältere Leistenbrüche sind zu erklären:

1. Alle über citronengrossen und tief ins Scrotum hinabreichenden Brüche.
2. Die nicht eingeklemmten, irreponiblen Brüche.
3. Alle leicht im Stehen und spontan auch im Liegen reponirbaren Brüche mit für den Daumen oder 2 andere Finger durchgängigem äusserem Leistenring und Leistencanal, wobei letzterer gewöhnlich sehr kurz ist und fast gerade verläuft.

Je mehr Bruchfälle man sieht, um so auffälliger erscheint es, wie gelegentlich Bruchleidende Jahre lang ohne jedes Band die schwerste Arbeit verrichten; daher kommt es auch, dass man fast nie ältere H. dadurch erkennt, dass die Folgen eines früher getragenen Bruchbandes (Druckspuren) am Körper nachweisbar sind. Die Ergebnisse früherer ärztlicher Untersuchungen sind ebenfalls verhältnissmässig selten für einen frischen oder älteren Bruch beweiskräftig. Zu berücksichtigen sind überhaupt nur Untersuchungen, die kurze Zeit vor dem behaupteten Betriebsereignisse stattgefunden haben; wenn nur 2 Monate zwischen der Untersuchung und dem angeblichen erstmaligen Bruchaustritte liegen, so sind die Untersuchungsergebnisse schon mit Vorsicht zu verwerthen. — Wenn das Gutachten sich auf eine erst viel später nach dem Unfall stattfindende Untersuchung stützen muss, so können, zumal wenn die Acten das Material sehr unvollständig vorführen, grosse Schwierigkeiten entstehen. Das deutsche oberste Recursgericht entscheidet solche Spätfälle unter wesentlicher Mitberücksichtigung der folgenden 2 Annahmen:

- a) Sowohl die Acquirirung eines Doppelbruches durch Unfall, als die eines einseitigen Leistenbruches bei ausgesprochener Bruchanlage oder fertigem Bruche auf der gesunden Seite sind unwahrscheinlich.
- b) Die seit Jahren geübte, schwere Arbeit und vorge-rücktes Alter sprechen im allgemeinen ebenfalls gegen die Annahme der unfallweisen Entstehung des Bruchleidens.

Eine besondere Tücke wird dem Experten in solchen Spätfällen gelegentlich dadurch gespielt, dass er einen Bruch überhaupt nicht nachweisen kann, da ein solcher nach Entfernung des Bruchbandes auf die gewöhnliche Veranlassung hin nicht vorfällt. In solchen Fällen empfiehlt es sich, sobald der einmalige Bruchaustritt ärztlich sicher gestellt ist, ein wirkliches Bruchleiden anzunehmen. Auf die grosse Ausnahme einer bleibenden Heilung durch das Bruchband darf man sich bei Erwachsenen keinesfalls einlassen; Autor sah mehrfach Fälle, wo intelligente Personen Jahre lang das Bruchband getragen, von Aerzten sogar als geheilt erklärt waren, dann das Band entfernt hatten und plötzlich wieder, selbst unter heftigen Einklemmungserscheinungen, von einem Bruchaustritte überrascht wurden. — Was die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit betrifft, so sagt das deutsche Reichsversicherungsamt: „Für einen durch ein Band mit Sicherheit zurückhaltbaren, entschädigungspflichtigen Bruch wird eine bleibende 10%ige Erwerbseinkünfte angenommen; wenn trotz des Bandes schwere Arbeit nicht mehr verrichtet werden kann, werden 15%, und wenn sonst noch erhebliche Störungen bestehen, 20% geschätzt“. Gegen diese Schätzung wurden mehrfach Einwendungen erhoben; namentlich wird bestritten, dass für den Bruchkranken beim Tragen eines zweckmässigen Bandes überhaupt ein erwerblicher Schaden bestehe. „Der Arbeiter verrichtet in der Regel trotz des Bruchleidens bei gleichem Lohne die gleiche Arbeit wie zur Zeit, wo er von seinem Bruche noch nichts wusste“, so wird argumentirt. Das trifft in der That auch bei der Mehrzahl aller H. für die erste Zeit zu, später jedoch darf diese Harmlosigkeit aber nicht mehr gelten, da in späteren

Jahren H., wie auch die Statistik zeigt, sehr oft die Arbeitskraft wesentlich einschränken und sich als verderblich erweisen. Es würde daher der Sachlage entsprechen, dass die Entschädigungspflicht bei Unfallbrüchen sich zunächst auf die Lieferung zweckmässiger Bänder so lange zu beschränken hätte, bis eine wirkliche Erwerbseinbusse erfolgt und dann erst eine dem jeweiligen Grade des erwerblichen Schadens angepasste Entschädigung zu gewähren. Das ist jedoch nicht nach dem Gesetz; dieses sagt, der Schaden soll möglichst sofort normirt und dann ersetzt werden. Bei H. wird also eine Entschädigung bestimmt für einen erst in der Zukunft liegenden und in keiner Weise mit Sicherheit im Voraus zu bemessenden Schaden! In Deutschland erhält der Versicherte für einen Unfallbruch in der Regel 10% Dauerrente, d. h. fürs ganze Leben, ohne Rücksicht auf spätere, durch Alter und Constitution bedingte Aenderungen des Leidens.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1898 No. 23.)

**Hysterie.** Prof. Jolly stellte 2 Fälle männlicher H. vor, in welchen Störungen des Sehvermögens die hervorstechendsten Erscheinungen bildeten. Im ersten handelte es sich um plötzlich nach einem Kopftrauma eingetretene vollständige Erblindung mit Contracturstellung der Augen nach links. Die Störung, durch vollständig normalen Augenbefund und durch den Verlauf sicher als hysterische gekennzeichnet, verlor sich allmähig. Im 2. Falle waren anfallsweise auftretende Dämmerzustände vorhanden, in denen Pat. behauptete, nichts oder nur ganz wenig zu sehen und auch in den Intervallen schien die Sehschärfe bei Prüfungen sehr herabgesetzt zu sein, während sie nach dem ganzen Verhalten des Pat. eine annähernd normale sein musste. Mit dem Nachlass der Anfälle nahm auch die subjective Sehstörung ab.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte, 26. Mai 1898. — Berliner klin. Wochenschr. 1898 No. 43.)

— 2 Fälle monosymptomatischer H. nach Trauma beschreibt Dr. Gossner (Königsberg i. Pr.). Die Fälle zeigen, dass derartige Unfallfolgen wie bei Arbeitern auch bei Soldaten



vorkommen. Beide Male handelte es sich um Pioniere, deren Beschäftigung ja auch mit der civiler Arbeiter grosse Aehnlichkeit hat und deren Körperbeschaffenheit eine besonders kräftige ist. Durch 2maligen Sturz vom Querbaum auf den linken Arm im Zeitraum weniger Tage hatte sich der 1. Pat. einen etwa bohnergrossen Erguss am linken Ellenbogengelenk zugezogen, der durch einen Gypsverband zu rascherer Resorption gebracht werden sollte. Unter dem Verband nun bildete sich allmählig eine Anaesthesie der Finger aus, welche nach Entfernung des Verbandes immer weiter nach oben fortschritt, bis sie endlich handbreit unter dem Akromion Halt machte. Der sensiblen Lähmung entsprach auch eine motorische und beschrieb die Grenze der Lähmungszone stets einen abgezielten Ring um das Glied, welcher sich immer weiter nach oben verschob. Die sensible Lähmung erstreckte sich auf alle Empfindungsqualitäten, einschliesslich des tieferen Gelenk- und Muskelsinnes. Sehnenreflexe am kranken Arm nicht auslösbar, elektrische Erregbarkeit unverändert, Entartungsreaction fehlte, keine Atrophie selbst nach monatelangem Bestand. Mässige Gesichtsfeldeinschränkung für alle Farben. Im psychischen Wesen nichts Auffälliges, nur gewisse Aengstlichkeit. Der 2. Pat., Unteroffizier, wies klonische Krämpfe der Mm. sternocleidomastoid. und cucullares auf, die sich aber nicht in Nickbewegungen des Kopfes, sondern, bei festgestelltem Kopfe, in Beeinflussung der Athembewegungen äusserte. Der Brustkorb ward nach oben gezogen, namentlich die sternalen und clavicularen Ansätze der Sternocleidomastoidei traten meist dabei scharf hervor und wurde die Erscheinung bei jeder zweiten, zuweilen sogar bei jeder einzelnen Inspiration beobachtet. Diese eigenthümliche Athmung erschien dauernd, doch machten sich psychische Einflüsse bemerkbar, indem die Krämpfe nach Zahl und Stärke bei fortgesetzter Beobachtung zunahmen und die Athembeschwerden sich ersichtlich steigerten, bis endlich ein vollkommenes Luftschnappen eintrat, jedoch ohne Cyanose, Athmungsbeschleunigung oder Dyspnoë. Während

der Wirkung von künstlichen Schlafmitteln normale Athmung. Gesichtsfeldeinschränkung für alle Farben, Kniereflexe unbeträchtlich gesteigert, keine Entartungsreaction. Erkrankt war Pat. nach einem Sturz auf den Kopf vom Querbaum; Folge: Quetschung von Nacken, Brust und Kreuz (als Rest blieb eine oberflächliche, unempfindliche Narbe der Haut auf der rechten Seite des Hinterhaupthöckers zurück). Seit der Zeit kränkelte Pat. fortwährend und musste endlich als Ganzinvalid und gänzlich erwerbsunfähig entlassen werden, ebenso wie der 1. Pat. Bei beiden lag eine nervöse Disposition nicht vor.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift, Juli 1898.)

— **3 Fälle von traumatischer hysterischer Monoplegie** publicirt

Plessmann. Ein 29 jähriger Mann wurde in einem Canal in der Weise verschüttet, dass die Erdmassen gegen seinen Rücken fielen. Die rechte Schulter wurde besonders gequetscht. Es trat Monoplegie des rechten Armes ein (Parese des Arms und Paralyse der Hand), ausserdem Anaesthesie der Extremität mit nicht ganz ausgebildeter allgemeiner Hemianaesthesie, Schmerzen im rechten Schulterblatt, concentrische Gesichtsfeldeinengung und Abnahme der Sehschärfe. Fall 2 betraf einen 27 jährigen Metzger, der unerwartet einen Messerstich in den linken Vorderarm in der Nähe des Ellbogens erhielt. Parese der linken Hand und Finger, Hyperaesthesie des linken Arms, Anaesthesie eines Theiles des Vorderarms, concentrische Gesichtsfeldeinengung, leichte Reflexsteigerung und geringgradige psychische Störungen. Ein Chirurg dachte an Verletzung des N. ulnaris und operirte; aber es zeigte sich nichts Pathologisches. Bei Fall 3 wurde einem 40 jährigen Mann der linke Arm zwischen Schwungrad und einer Bretterwand gequetscht. Der Arm war eingeschient und nachher in einen Gypsverband gelegt worden. Kühle der linken Hand und des Vorderarmes, Schlaffheit der Muskeln dieser Theile, bedeutende Abnahme der groben Kraft in Hand- und Armbewegungen, Anaesthesie der paretischen Theile mit Betheiligung des Muskelgefühls, beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinengung. Fall 1 und 2 waren chron. Alkoholisten.

(Inaug. Dissert. München 1897. —

Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 11.)

- Ueber **2 Fälle hysterischer Tachypnoë nach Trauma** berichtet Goldschmidt. Pat. 1, der eine Quetschung des Brustkorbes mit nachfolgender Pleuritis erlitten, zeigte sehr oberflächliche und frequente (34 Athemzüge) Athmung; beim Einathmen öffneten sich die Lippen und erfolgte Bewegung der Nasenflügel. Manchmal stieg die Zahl der Athemzüge auf 50, namentlich wenn Pat. sich beobachtet fühlte; auch stellten sich dann Schluck- und Würgbewegungen ein. Im Schlaf Athmung ruhiger (24). Fall 2 betrifft einen 53jährigen Potator, der einen Rippenbruch erlitten. Athmung sehr oberflächlich (28—32). Auch Sprache gestört (Pat. machte bei jedem Wort, das er aussprechen wollte, eine hörbare Inspiration und konnte erst dann mit heiser klingender Stimme reden.) Autor glaubt an eine directe oder reflectorische Reizung der verschiedenen Respirationscentren.

(Inaug. Dissert. Würzburg 1898. — Ibidem.)

- **2 Mädchen mit hysterischer Zitterneurose** demonstirte Prof. Krafft-Ebing, dabei auf die Aehnlichkeit der Fälle mit Paralysis agitans aufmerksam machend. Beim ersten, mildereren Fall handelte es sich um rhythmische Oscillationen von mässiger Amplitude in linker Hand und linkem Fuss; Frequenz 4—5 in der Secunde. Zittern in der Ruhe vorhanden, bei Emotion und Intention gesteigert. Zeitweise besteht Parese der linksseitigen Extremitäten. Beim Gehen ist links der Nervus peroneus insufficient, sodass Pat. mit dem äusseren Fussrande auftritt; bei directer Prüfung erweist sich die Dorsalflexion des linken Fusses kaum merklich schwächer wie rechts. Patellarreflex gesteigert. Cranium rhachiticum. Pat. stammt von neuropathischer Familie, ist nervös, reizbar, geistig etwas beschränkt. Menses mit 16 Jahren. Mit 9 Jahren angeblich eine Gehirnerschütterung, von der ein leichtes Zittern der linken oberen Extremitäten zurückblieb. Ohne weiteres Trauma entwickelte sich 1895 das Zittern weiter, sodass Arbeitsunfähigkeit eintrat. Kein Zeichen eines organischen Nervenleidens. Der 2. Fall, 22jähriges Mädchen, zeigt eine gleiche, aber viel heftigere Störung. Vater Potator strenuus. Pat. von geringer Intelligenz, emotiv, seit dem 20

Lebensjahre schreckhaft und erregbar nach psychischem Trauma; im Sommer 1897 heftiger Schreck durch drohenden Sturz vom Heuwagen, danach heftiges Zittern; seither aufgereggt. Seit Weihnachten 1897 trat Schütteltremor nacheinander in rechter Hand, linker Hand, Füßen, endlich März 1895 auch im Kopfe auf; es entwickelten sich allgemeine Schüttelkrämpfe, die Sprache wurde saccadirt durch Mitbetheiligung der Athmungsmusculatur. In der Ruhe bestehen rhythmische Oscillationen, 2—5 in der Secunde, die bei vollständiger psychischer Ruhe und im Schläfe aufhören. Pat. ist aber fast immer emotionirt; hierdurch und durch intendirte Bewegungen steigert sich das Zittern zu einem Schüttelkrampf des ganzen Körpers mit colossaler Excursionsweite der Oscillationen. Das Schütteln spielt sich im Gegensatz zum 1. Falle wesentlich in den proximalen Gelenken der Extremitäten ab. Tiefe Reflexe gesteigert. Gehen an sich nicht wesentlich gestört. Keine Stigmata hyster. — In beiden Fällen handelt es sich um functionelle Störungen, die sich wohl nur der H. einreihen lassen, aber doch eine eigenartige Stellung einnehmen. In einem früher beobachteten Falle mit Symptomen, wie sie die 2. Pat. bietet, trat nach 7jährigem Bestande Heilung in 5 Tagen; es war der Erkrankung eine heftige Gemüthserschütterung vorangegangen. Das Zittern trat nur im Liegen auf und zwar von einigen spasmogenen Druckpunkten seitlich der Brust- und Lendenwirbelsäule aus; die Behandlung der Druckpunkte brachte sofort auch den Krampf zum Schwinden. Bei den obigen Pat. war bisher jegliche Therapie fruchtlos, ebenso wie bei 5 anderen in den letzten Jahren behandelten Pat. mit Ausnahme eben des einen Falles.

(Verein f. Psychiatrie und Neurologie in Wien, 8. Nov. 1898. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 47.)

**Insectenstiche.** Ueber die **Wirkung des constanten Stromes gegen I.** schreibt Dr. R. Friedländer (Wiesbaden): „Ohne auf die zur Abwehr der Insecten und Behandlung der Stiche sonst gebräuchlichen Mittel hier einzugehen, möchte ich nur kurz darauf hinweisen, dass wir in der Anwendung des constanten Stromes eine aus ge-



zeichnete Methode besitzen, um die bei manchen Personen recht heftig auftretenden Folgeerscheinungen der Stiche: Jucken, Anschwellung, Hautentzündung etc. schnell zu beseitigen, resp. bei frühzeitiger Anwendung deren Entstehung zu verhindern. Ich habe dieses Verfahren wiederholt gegen die Stiche von Mücken und Wespen erprobt, glaube aber, dass es auch für die Stiche anderer Insectenarten mit Erfolg angewandt werden könnte. Die Application des constanten Stromes erfolgt in der Weise, dass die Anode (grössere, plattenförmige Elektrode von etwa 70 qcm Flächeninhalt) auf einen indifferenten Körpertheil, die Kathode (kleine, knopfförmige Elektrode von etwa 5 qcm Flächeninhalt) auf die Stichstelle gesetzt wird. Stromstärke 3 M.-A., Dauer 2—3 Minuten. Während der Anwendung des Stromes tritt unmittelbar an der Stichstelle ein ziemlich intensives Brennen auf, auch pflegt sich eine leichte Anschwellung bemerkbar zu machen, die aber sehr rasch wieder verschwindet. Nach der Galvanisation hört das Jucken sofort auf und es kommt, wenn man zufällig in der Lage ist, die Elektrizität frühzeitig anzuwenden, überhaupt nicht zur Ausbildung von Entzündungserscheinungen. Aber auch wenn solche bereits vorhanden sind und geraume Zeit seit dem Stich verflossen ist, leistet der constante Strom nicht minder gute Dienste, indem er bei 1maliger Anwendung das Jucken beseitigt und die Schwellung zum Rückgang bringt. Es scheint, dass diese Wirkung lediglich dem constanten Strom, und zwar dem negativen Pol zukommt, die Application der Anode auf die Stichstellen erwies sich weit weniger wirksam, ebenso der faradische Strom. Wie wir wissen, lässt das Mückenweibchen (denn nur diese Weibchen stechen) bei dem Stich einen ätzenden Saft in die Wunde fliessen, der reizend wirkt. Man könnte an eine elektrolytische Wirkung des Stromes in der Weise denken, dass die an der Kathode auftretenden, alkalischen Ionen neutralisirend auf diese Absonderung der Insecten einwirken.“

(Zeitschrift f. diätetische und physikal. Therapie II, Heft 1.)

**Lupus.** Ueber Calomelinjectionen bei *L. vulgaris* lauteten die bisherigen Meinungen sehr verschieden. Dr. Bernstein (Cassel) gelang es, einen sehr schweren, immer wider recidivirenden Fall von *L.* des Gesichts (Lues war sicher auszuschliessen) durch eine Injectionscur zur Heilung zu bringen. In Zwischenräumen von je 8 Tagen machte er 6 Injectionen à 1 ccm einer Emulsion von Calomel 1 gr in Ol. Olivar. 10 gr, wobei jede Localtherapie unterblieb. Nach den ersten beiden Injectionen bemerkte man noch keine Veränderung, nach der 3. zeigte sich deutliche vermehrte Hyperämisirung, die Geschwüre nahmen an Umfang zu, neue bildeten sich; bald aber zeigte sich ein rother Grund, allmählig sah man Heilung eintreten, und nach der letzten Injection sah man nicht mehr viel Krankhaftes. Einige Wochen später waren alle Geschwüre verheilt. (Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 46.)

— Die **Behandlung des *L. vulgaris* mit Röntgenstrahlen** nimmt Dr. Albers-Schönberg seit einigen Jahren vor und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Unterzieht man einen an *L.* leidenden Pat. dieser Therapie, so bemerkt man nach kurzer Zeit (5–6 Sitzungen) eine diffuse, auf Hyperämie beruhende Röthung der bestrahlten Parthie. Nach weiteren Sitzungen wird Proliniren der Knötchen, Abfallen der Borken und Reinigung etwaiger Ulcerationen constatirt, wobei derb infiltrirte Theile, wie Nase, Lippen etc. allmählig vollständig abschwollen. Nach Aussetzen der Behandlung stösst sich die Epidermis nach und nach ab, und man erhält nach Beendigung einer oft wochenlang dauernden Behandlung eine glatte, völlig lupusfreie Haut. Um über Dauererfolge zu reden, ist die Zeit noch zu kurz, doch stellt Autor einen Fall von geheiltem *L.* der Nase vor, der seit 1 Jahr recidivfrei ist, ferner einen 2. Fall von *L.* der Nase, bei dem 4 Monate nach ausgesetzter Behandlung 4 neue Knötchen auftauchten, die aber nach 8 Sitzungen völlig beseitigt wurden. Auch bei **chron. Ekzem** fand die Methode erfolgreiche Anwendung, und stellt Autor 5 Fälle vor, welche erfolglos vorher lange Zeit mit anderen Mitteln behandelt worden waren, so 1 Fall von chron. Ekzem des Hand-

rückens, völlig geheilt und seit April d. J. recidivfrei, ferner 3 Fälle von chron. Unterschenkelekzem bei Frauen, absolut geheilt, 1 Fall von chron. impetiginösem Ekzem des Kopfes bei einem 11 Monate alten Kinde (das Ekzem heilte unter erheblichem Defluvium capillitii ausserordentlich schnell ab, die Haare kamen nach einigen Monaten wieder). Die Behandlung bei Ekzem ist eine wesentlich andere als bei L. Bei ersterem Dauer der Cur eine relativ kurze (10—12 malige Bestrahlung), bei L. eine recht lange.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 29. Nov. 93. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898, No. 49).

- Einen Fall von **Lupus erythematodes** erfolgreich mit **X-Strahlen** behandelt hat Doc. Dr. E. Schiff, der vorher diese Methode schon vielfach bei *L. vulgaris* mit schönen Resultaten versucht hatte. Der Fall von *L. erythematodes* betraf eine Frau, bei der sich die Affection typisch über das ganze Gesicht ausbreitete; und zwar erstreckte sich der Krankheitsprocess auf der linken Wange von der linken Nasenseitenwand bis auf 1 cm vor den Tragus und auch die Innenfläche der Ohrmuschel war von ausgedehnten Plaques besetzt. In viel kleinerem Umfange war die Veränderung auf der rechten Gesichtshälfte ausgeprägt. Alle befallenen Hautparthieen un-  
gemein stark infiltrirt, intensiv schuppend. Autor behandelte nur die linke Gesichtshälfte mit X-Strahlen und zwar von Mitte August an 2 Monate. Die Infiltrate sind jetzt an der beleuchteten Parthie vollkommen geschwunden, die Haut daselbst, mit Ausnahme einer Pigmentirung, die auch mehr und mehr schwindet, vollkommen glatt und eben, fast normal, nur in der centralen, etwa thaler-grossen Parthie noch einzelne discrete, isolirte, nadelkopf-grosse Herde. Die rechte Gesichtshälfte zeigt den ursprünglichen Status. Bekanntlich erreicht Aehnliches Finsen (Kopenhagen) durch Anwendung chemischer Strahlen, doch hält Schiff X-Strahlen für grössere Parthieen für praktischer, das Finsen'sche Verfahren dagegen für kleine, discrete Herde für besser. In der Discussion theilt Doc. Dr. Spiegler mit, dass er jüngst Finsen's Verfahren an Ort und

Stelle kennen lernte. Die directen Sonnenstrahlen werden hier zunächst durch eine grosse Convexlinse, welche zur Absorption der Wärmestrahlen mit einer wässrigen Lösung von Kupferoxyd-Ammoniak gefüllt ist, gesammelt, hierauf durch eine 2. kleinere Linse, in welcher zu gleichem Zwecke constant kaltes Wasser circulirt, noch weiter vereinigt. Die lupöse Stelle, auf die man diese Strahlen concentrirt, wird gleichzeitig durch Druck anämisirt, weil die Blutkörperchen dem Durchtritt der Lichtstrahlen zu grosse Hindernisse setzen würden. Die Methode liefert vorzügliche Resultate, doch eignet sie sich, da nur immer eine kleine Parthie beleuchtet wird, nur für kleine Herde, indem grössere eine viel zu lange Behandlungsdauer (bis 2 Jahre) erfordern. Bei trübem Wetter und im Winter wird elektrisches Bogenlicht benützt.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 2. Nov. 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 46.)

- Eine neue Behandlungsweise des **L. erythematodes** empfiehlt auch Prof. v. Hebra auf Grund von 6 Fällen, wo die Methode — bestehend in der Application von Alkohol (40—50 maliges Betupfen der erkrankten Stelle mit in Alkohol getränkter Watte) — Ausgezeichnetes leistete; in allen Fällen, trotz jahrelangem Bestehen des Leidens nach kürzester Zeit vollständige Heilung.

(Wiener Dermatolog. Gesellschaft. 19. October 1898. — Ibidem.)

**Milzbrand.** Einen casuistischen Beitrag zur Pathologie und Therapie liefert Dr. A. Strubell (Jena, medic. Universitätsklinik): 41 jähr. Gerber wurde am 10. Juli 1898 in der chirurg. Klinik eingeliefert. Er hatte vor 6 Tagen ein kleines rothes Fleckchen an der Nase bemerkt, welches sich bald schwarz färbte. Er konnte aber arbeiten bis heut, wo Schüttelfrost und Fieber sich einstellten; das Fleckchen an der Nase hatte sich rasch vergrössert und bald die ganze Nasenspitze eingenommen. Status: Hohes Fieber; untere Hälfte der Nase unförmlich geschwollen, Haut darüber mortificirt und schwärzlich verfärbt;



in der Umgebung dieses gangränösen Herdes dicke, sulzige, blaurothe Schwellung der Haut in etwa  $\frac{1}{2}$  cm Breite und eine Anzahl gelber Bläschen mit serösem Inhalt; im übrigen das ganze Gesicht fahl, Haut der Wangen und Lider stark ödematös, Drüsen am Kieferwinkel und absteigendem Unterkieferast enorm geschwollen und intensiv schmerzhaft; Puls voll, frequent; in dem unter den gangränösen Borken hervorquellenden Secrete Milzbrandbacillen nachweisbar. Angesichts der Schwere des Falles und der bereits erfolgten Propagation auf die Drüsen keine Operation, sondern Isolirung in der medic. Klinik. Hier ausser den erwähnten Veränderungen nichts nachweisbar, insbesondere Darm und Lungen intact; Milz percutorisch mässig vergrössert, nicht palpabel; Puls voll, regelmässig, Sensorium frei, Pat. nur stark mitgenommen und apathisch; im Blut Milzbrandbacillen nicht nachweisbar. Therapie: Subcutane Carbolinjectionen in's nekrotische Gewebe der Nase, die infiltrirte Umgebung und die colossal geschwollenen Drüsen. Täglich etwa 30 Pravazspritzen einer 3%igen Carbollösung (= 0,9 Carbol); sehr gut vertragen (nur bei Injectionen in die Nase, d. h. beim Einstich in gesunde Theile, Schmerzen). Ausserdem (behufs allgemeiner Desinfection wurde auch in den Arm injicirt!) heisse Kataplasmen auf die erkrankten Theile (Temp. 50—55° C., alle 10 Minuten, Tag und Nacht) und reichliche Excitantien (Champagner, Cognac, täglich 2 ganze Flaschen Rothwein). In den ersten Tagen Status idem, ja Oedem, Hautröthung gingen weiter am Halse nach abwärts bei hohem Fieber; doch die Schwellung der Wangen und Lider geringer, Process an der Nase nicht propagirt. Nach 10 Tagen Temperatur normal, gangränöse Nasenspitze in voller Demarcation begriffen; dagegen Oedem der Haut und Schwellung der Drüsen am Halse weiter abwärts bis auf die Schlüsselbeine ausgebreitet. Immer weiter, besonders in der Peripherie der entzündlichen Schwellung, in die gesunde Haut, in die geschwollenen Drüsen täglich bis zu 36 Spritzen, ebenso weiter Tag und Nacht die Kataplasmen und reichlich Alcoholica. Endlich, nach 3 Wochen,

Stillstand des Processes (die Hypertrophie der Drüsen führte, mit Ausnahme einer kleinen Drüse am linken Kieferwinkel, nirgends zur Eiterung); jetzt erst, am Beginn der 4. Woche, Aussetzen der Injectionen, aber nicht der Kataplasmen. Nach und nach Abschwellung des Halses; die Anfangs scheinbar total gangränöse untere Nasenhälfte zeigte nach Abstossung eines kappenförmigen schwarzen Hautfetzens zunächst eine Fläche von gesunden Granulationen, die sich schliesslich ohne erkennbare Narbe vollständig überhäuteten. Im Blute liessen sich nie Milzbrandbacillen nachweisen. Am 21. August Pat. völlig geheilt entlassen. — War schon die Localisation des M. an der Nase bemerkenswerth (nie in der Litteratur erwähnt!), so war es noch mehr der günstige Ausgang, der zweifellos der Therapie zu danken war. Die Carbolinjectionen, zuerst von Raimbert (1875) angegeben, wurden dann besonders in Russland sehr erfolgreich benützt. Scharnowsky rettete dadurch sämtliche so behandelten Pat. (28). Es wurden sehr grosse Dosen einverleibt (ein Arzt injicirte bis 0,7 Carbol auf einmal!) und gut vertragen; die Milzbrandkranken scheinen auffallend Toleranz gegen Carbol zu haben. Obiger Pat. erhielt in 18 Tagen über 400 Spritzen 3%iger Lösung, ohne Intoxicationerscheinungen zu zeigen (nur 2 Tage Urin leicht grünlich). Auch die heissen Kataplasmen sind sehr zweckmässig; da der Milzbrandbacillus bei 42° C. nicht mehr wächst, müssen Kataplasmen von 50—55° bei oberflächlicher Erkrankung eine Schädigung desselben bewirken (wohl auf eine Tiefe von 1—2 cm). Der M. ist beim Menschen zunächst eine ganz locale Erkrankung, die sich erst allmähig auf den Lymphbahnen weiter verbreitet. Die Lymphdrüsen fungiren als schützende Filter und erst wenn diese Schutzwälle durchbrochen sind, gelangen die Bacillen in die Blutbahn. Im obigen Falle gelang die Eindämmung des Processes, das Blut blieb frei von Bacillen; ein positiver Nachweis dasselbst wäre sofort als Signum mali ominis aufzufassen gewesen.

(Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 48.)

**Spasmus glottidis.** Eine operative Behandlung des Sp. hat Dr. K. Hugel (Bad Münster) mehrfach mit bestem Erfolge durchgeführt, nämlich eine Kürzung der zu langen — sei es hypertrophischen oder entzündlich vergrösserten — Uvula. Es giebt mit hartnäckigem Sp. behaftete Kinder, bei denen man keine andere Aetiologie eruiren kann, als eben die vergrösserte Uvula und durch deren Verkürzung (meist ist bloss Abtragung von einigen Millimetern nöthig) gelingt es, rasche Heilung herbeizuführen. Der Eingriff ist harmlos, die Wunde heilt in wenigen Tagen glatt ab.  
(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 44.)

**Stomatitis.** Gegen St. der Raucher wird von Vian folgendes Mundwasser empfohlen:

Rp.

*Salol. 1,0*

*Spir. menth. pip. 50,0*

*Tct. Catechu 2,0*

D. S. 1 Theelöffel in 1 Glas warmen  
Wassers zur Mundspülung.

(Boston med. and surg. Journ. — Münchener med.  
Wochenschrift 1898 No. 44.)

**Typhus abdominalis.** Ueber die praktische Bedeutung der Serodiagnostik für die Erkennung des T. sprach Prof. Dr. R. Stern. Die Erkennung des T. auf dem Wege der Serodiagnostik beruht darauf, dass Blutserum von Typhuskranken — ebenso wie das Blutserum von künstlich gegenüber dem Typhusbacillus immunisirten Thieren — die sonst sehr beweglichen Typhusbacillen lähmt und zu Haufen aneinanderkleben lässt („agglutinirt“, Vidal). Auch das Blut von Nicht-Typhuskranken hat in stärkerer Concentration zuweilen die gleiche Wirkung jedoch schon bei einer Verdünnung des Blutserums von 1:30 wirkt nicht-typhöses Blutserum nur sehr selten agglutinirend (höchstens in 2% der Fälle). Dagegen zeigt Blutserum von Typhuskranken fast immer noch in über 50facher Verdünnung agglutinirende Wirkung, meist sogar in 100—200facher und oft noch in viel stärkerer Verdünnung (in einem Falle Stern's noch bei 1:14 000). Bei

welchem Verdünnungsgrade man die obere Grenze der Wirksamkeit nicht-typhösen Serums fixiert, hängt von der Dauer der Einwirkung des Serums auf die Cultur, von der Beschaffenheit (Alter, Wirkung u. s. w.) der Cultur selbst und noch anderen Bedingungen der Reaction ab. Stern hält für seine Culturen bei 2stündiger Einwirkungsdauer ein Serum für dringend verdächtig auf T., wenn es noch in der Verdünnung 1:50 wirkt; beim gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse darf auf eine bestehende oder früher überstandene Typhusinfection geschlossen werden, wenn das Serum auch noch in etwas stärkerer Verdünnung, etwa 1:60 bis 1:80 wirksam ist. Was die Technik des Verfahrens anbetrifft, so entnimmt man am besten aus der Fingerspitze etwas Blut, 8—10 Tropfen, die in einem kleinen, mit Kork verschliessbaren Gläschen aufgefangen und nach eingetretener Gerinnung verschickt werden z. B. in ein bakteriologisches Laboratorium (der praktische Arzt wird im allgemeinen wohl kaum in der Lage sein, die weitere Untersuchung vorzunehmen, zumal gerade hier eine gewisse Uebung erforderlich ist); das Resultat ist oft schon wenige Minuten nach der Mischung von Serum und Cultur, jedenfalls aber nach 2 Stunden festzustellen. Die Bedeutung der Serodiagnostik liegt darin, dass sie für den Nachweis des specifischen Infectionserregers einzutreten vermag. Der Nachweis des Typhusbacillus selbst ist bekanntlich schwierig und erfordert längere Zeit. Allerdings spricht ja der positive Ausfall der Serodiagnostik nicht mit Sicherheit für eine noch bestehende Typhusinfection; er kann auch durch eine früher überstandene Infection bedingt sein, da das Blutserum zuweilen noch 1—2 Jahre, manchmal auch noch viel länger, die Reaction giebt. Doch ist die Entscheidung bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Anamnese und des klinischen Verlaufes meist leicht. Auch kann nach Stern's Erfahrungen eine wiederholte, genaue quantitative Untersuchung des Agglutinationsvermögens darüber Aufschluss geben, ob die Serumwirkung auf eine frische oder abgelaufene Typhusinfection zu beziehen ist: im



ersteren Falle wird man bei wiederholter Untersuchung meist Aenderungen des Agglutinationsvermögens — oft sehr beträchtliche Unterschiede — finden; im letzteren Falle wird die quantitative Bestimmung des Agglutinationsvermögens zu verschiedenen Zeiten nahezu constante oder höchstens allmählig abnehmende Werthe liefern. Anderenfalls aber kann, trotzdem T. vorliegt, die Reaction negativ ausfallen. Im ganzen Verlaufe der Krankheit kommt dies allerdings nach Stern's Erfahrungen sehr selten vor (unter 101 Fällen nur 1 Mal!), häufiger dagegen in den ersten Tagen der Krankheit. Doch wurde die Reaction vereinzelt schon am 2., am 5. und 6. Krankheitstage gefunden. Stern fand sie unter 8 am Ende der 1. Woche untersuchten Fälle 6 Mal, unter 32 Fällen, in der 2. Woche 28 Mal, unter 18 Fällen in der 3. Woche 16 Mal positiv. Auf negativen Ausfall in den ersten Krankheitstagen ist kein grosses Gewicht zu legen und absolute Sicherheit bietet der negative Ausfall auch später nicht, was ja aber auch von dem directen Nachweise wichtiger Infectionserreger (Tuberculose, Diphtherie etc.) gilt. Den Hauptwerth hat die Serodiagnostik für die Erkennung atypischer und complicirter Fälle, die z. B. klinisch einer Pneumonie, Tuberculose, Meningitis, Nephritis, Gastroenteritis u. s. w. gleichen. Trotzdem ist der Arzt bei dem heutigen Stande der Gesetzgebung nicht verpflichtet, einen Krankheitsfall, in dem die Serodiagnostik ein positives Resultat liefert, der klinische Befund aber seiner ärztlichen Ueberzeugung nach nicht für T. spricht, als T. zu melden.

(Verein Breslauer Aerzte, 20. Oct. 1898. —  
Schlesische Aerzte-Correspondenz, 30. Oct. 1898.)

- Bei 4 Fällen von T. bei Kindern (6—9 Jahre alten) bewährte sich **Somatose**, wie Dr. J. Landau (Krakau) berichtet, während der Fieberzeit und später angewandt, sehr gut. Die Stühle regelten sich bald. Das Gleiche war zu constatiren bei einer grossen Anzahl von Darm- und Magendarmkatarrhen (bei Kindern unter 2 Jahren). Die Pat. hatten zum Theil auch Rhachitis, auf welche Affection Somatose freilich nicht einwirkte. Wohl aber

wurden beträchtliche Gewichtszunahmen neben Regelung der Stühle erzielt. Auch bei anderen consumirenden Zuständen zeigte sich Somatose als Nahrungsmittel par excellence. Es wurde von allen Kindern gern genommen und gut vertragen.

(Die Heilkunde, Sept. 1898.)

**Ulcus molle** behandelte Stabsarzt Dr. Thurnwald (Wien) vielfach mit **Xeroform**, mit dem er im allgemeinen günstige Resultate erzielte, wiewohl die granulationsbefördernde Wirkung geringer ist als die des Jodoforms. Doch besitzt Xeroform eine ausgesprochene schmerzlindernde Wirkung, was insbesondere bei den rhagadenförmig um den Rand einer engen Vorhaut sich gruppirenden weichen Schankern voll zur Geltung kommt. Autor war oft überrascht, in wie kurzer Zeit mit den täglich öfters wiederholten Bestäubungen die Schmerzen wichen. Stark belegte Ulcera vermag Xeroform allein nicht zu reinigen, eine kräftige Aetzung mit concentrirter Carbolsäure etc. muss vorausgehen. Bei vereiterten Bubonen, welche gespalten werden mussten, wirkte Xeroform nicht immer verlässlich secretionsbeschränkend, aber die völlige Reizlosigkeit und die schmerzlindernde Wirkung machen doch das Mittel werthvoll, speciell noch in der geheimen Praxis, wo die Geruchlosigkeit, das Nichtangreifen der Wäsche u. s. w. wichtige Factoren sind. Bei U. und Bubonen verdient deshalb Xeroform warme Empfehlung.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 44.)

— **Airol** bei 10 weichen Schankern (und 5 Fällen von Initialsklerose) mit bestem Erfolge angewandt hat Regimentsarzt Dr. H. Tausig. Heilung erfolgte binnen kürzester Zeit, nur musste die Wunde stets vor Anwendung des Mittels sorgfältig gereinigt werden, worauf sehr bald der speckige oder eitrig Belag verschwand und die Ueberhäutung erfolgte. — Ganz ausgezeichnete Dienste leistete das Mittel bei venerischen Bubonen. Dieselben wurden gespalten, ausgekratzt, die Höhlung mit Airolpulver und steriler Gaze ausgefüllt; in allen Fällen war der secretionsbehindernde und austrocknende Einfluss des Pulvers, sowie eine rasche Granulationsbildung bemerkbar.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 45.)

**Weil'sche Krankheit.** Privatdoc. Dr. Leick (Greifswald, medicin. Klinik) machte eine **interessante Mittheilung über einen Fall von W.** Der Verlauf des Falles war ein ganz typischer: Plötzlich auftretendes schweres Krankheits- und Mattigkeitsgefühl, verbunden mit starken Schwindelerscheinungen, leiteten die Krankheit ein, der allerdings hier eine Art Incubationsstadium, welches für gewöhnlich fehlt, vorausging; Fieber trat auf, ferner hochgradiger Icterus, Durchfälle, Appetitlosigkeit, Delirien, die Milz zeigte deutliche Vergrösserung, während die Leber stark druckempfindlich wurde; der Urin enthielt Eiweiss, mikroskopisch zahlreiche Cylinder; Muskelschmerzen, besonders in den Waden, stellten sich ein, die Zeichen einer hämorrhagischen Diathese machten sich bemerkbar; langsam besserte sich das schwere Krankheitsbild, indem die einzelnen Symptome allmählig abblassten; plötzlich neuerliche Fiebersteigerung und erst nachdem diese lytisch abgefallen, verlief die Reconvalescentz ungestört, wenn auch langsam und schleppend. Das Merkwürdige war, dass Pat. Arbeiter auf einem Gute war, wo im vorigen Jahre 3 Arbeiter ebenfalls an W. erkrankt waren. Letztere hatten aetiologisch verdorbene Nahrung angeschuldigt und da andere Autoren dieser Aetiologie ebenfalls huldigen, beruhigte man sich; der jetzige Pat. aber konnte diese Aetiologie nicht ins Feld führen. Da musste man nun doch an eine andere, an den Ort gebundene Schädlichkeit denken, zumal diese 4 aus demselben Gute stammenden und innerhalb von 2 Jahren zur Beobachtung gelangten Fälle trotz grossen Materials die einzigen Fälle von W. waren, die seit Jahren in der Klinik behandelt wurden. Mikroskopische, culturelle etc. Untersuchungen fielen negativ aus, mit Abdominaltyphus hat die W. trotz der Aehnlichkeit nichts gemein, wie die genaue klinische Prüfung von 120 Fällen von W. lehrte, es handelt sich vielmehr zweifellos um eine Krankheit sui generis, die, wie obige Fälle nahelegen, durch einen, bisher unbekannten Infectionsstoff veranlasst wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1896 No. 42).

— Einen **Fall von W.** publicirt auch Dr. H. Picard (Lauterburg i. E.): 46 jähriger Mann, Hausmetzger, jetzt Hilfs-

arbeiter für allerlei Verrichtungen, erkrankte plötzlich am 20. August 1897 an Frost, Erbrechen, Fieber und Kopfweh auf einer Rheinfahrt. Hierbei hatte er „alles durcheinandergegessen“, viel Rheinwasser getrunken, schwer gearbeitet bei der sonst ungewohnten Thätigkeit; sonst ergab die Anamnese nichts. Wegen rasch zunehmender Hinfälligkeit reiste er nach Haus. Status praesens am 22. August: Pat. liegt stöhnend und klagend über hochgradige Uebelkeit und zunehmende Schwäche mit schmerzentstellten Zügen zu Bett. Zunge trocken, fuliginös belegt, Lippen blass, doch ohne Borken. Temp. 38,9°, Puls 104, voll, nicht dikrot, Respiration 30—32. Sensorium nicht ganz frei. Hautfarbe deutlich icterisch, ebenso Skleren und Schleimhäute. Häufiger Singultus, ausgesprochenes, quälendes Ekelgefühl, Erbrechen schleimiger und gallenartiger Massen bei leerem Magen, völliger Appetitmangel, stinkender Geschmack im Munde, Magenrupe druckempfindlich. Mehrere diarrhoische, breiige, verfärbte Stühle. Urin gallenfarbstoffhaltig, sedimentreich, etwas Eiweiss. Leber vergrößert, von glatter Oberfläche, druckempfindlich. Gallenblase nicht fühlbar. Herz und Lungen gesund. 23. August. Leberdämpfung bedeutend zugenommen, auch Milzvergrößerung percutorisch nachweisbar. Reichlich Albumen im Harn, auch spärliche hyaline Cylinder. Fäces fast aschgrau, 6 dünne Stühle. Bei benommenem Sensorium liegt Pat. apathischer als gestern zu Bett, doch unausgesetztes Stöhnen wegen Wadenkrämpfen und Schmerzen excessivster Natur in den Beinen. Tädium gesteigert; Erbrechen und Singultus. 24. August. Icterus hochgradig, Urin schwärzlich-grün, bescheidene Mengen. Beide stark gewachsenen Leberlappen gut palpabel, Milz nicht. Unterleib leicht meteoristisch gebläht. Förmliche Schmerzparoxysmen infolge Krämpfen in der Wade. Sonst Status idem. 25. August. Auch in der Rumpfmusculatur Schmerzen, Gelbsehen. Erbrechen ungeschwächt. Asomnie seit Beginn der Krankheit. Sonst wie gestern. 26. August. Status idem. 27. August. Fieber zurückgegangen, lytische Abnahme seit 1—2 Tagen; im Uebrigen unverändert. 28. August. Kein Fieber, Puls 92—94. Cerebrale Symptome gebessert, nicht aber Brechreiz und Uebelkeit, Singultus, die bohrenden und reissenden Waden- und Kopfschmerzen; Asomnie. 29. August.



Das gleiche Bild. Aeusserst spärliche Urinmengen (auch in den folgenden Tagen), eiweiss- und gallenhaltig. Diarrhöe fortdauernd. 30. August. Status idem. 31. August u. ff. keine Besonderheiten, Pat. fühlt sich immer noch sehr schwach. 3. Sept. Leberdämpfung noch unter den Nabel reichend. Leber- und Magengrube noch sehr reiz- und schmerzempfindlich. Milz scheint etwas kleiner. Spontane Urinentleerung ruht völlig, nur bei der Defäcation gehen spärliche Tropfen ab. Stühle noch missfarbig; Erbrechen. 4. Sept. Bei fieberlosem Weiterverlauf Stuhlgang bräunlich, Urin heller, ärmer an Galle, geht wieder von selbst, ist aber noch gering. Icterus im Schwinden begriffen, Wadenschmerzen gelinder, Singultus aber und Erbrechen ebenso, desgleichen Prostration. 5. Sept. In der Nacht hat sich ohne Steigerung der Temperatur an Armen, Beinen, Unterleib, Brust und Rücken ein lebhaft rothes, vom Untergrund sich deutlich abhebendes und auf Fingerdruck verblassendes, fleckiges Erythem etablirt, ohne scharfe Abgrenzung bald zu grösseren Plaques confluiert, bald als solitärer Fleck sich gebend. 6. Sept. Status idem, nur noch einzelne Erythemcolonieen. 8. Sept. Heller, reichlicher Urin, eiweiss- und sedimentfrei, Besserung des Allgemeinzustandes. 9. Sept. Erythem völlig geschwunden, Haut von normaler Farbe; Pat. fühlt sich erleichtert, Reconvalescenz in bestem Gange. Gegen Abend aber plötzlich Frösteln und Unbehagen; Temp. 37,8°. 10. Sept. Wieder mehrmaliges Frösteln des Morgens. Allgemeinbefinden verschlechtert. Leichtes Icterusrecidiv. Anurie, Constipation. Lippen trocken, borkig. Tremor; Bewusstsein getrübt. Gegen Mittag plötzlicher Schüttelfrost, Athemnoth, Puls klein, jagend, kalte Extremitäten. Pneumonie des rechten Mittellappens; einzelne entzündliche Herde auch im rechten Unterlappen, Coma. In der Nacht Exitus letalis. — Interessant war zunächst, dass Pat. Metzger war, auf welchen Beruf die meisten Autoren bei W. hinweisen. Das plötzliche Einsetzen der Krankheit (wie es die Regel ist) liess schon von vornherein Typhus fast ausschliessen und die weitere Entwicklung der die W. charakterisirenden Trias (Icterus, Albuminurie, Wadenschmerzen) bestärkte die Diagnose, schloss auch einen septikämischen Process mit seinem polymorphen Krankheitsbild aus, ganz abgesehen

davon, dass hier meist die serösen Häute hervorragend betheiligt sind, was bei obigem Fall nicht stattfand. Auch acute gelbe Leberatrophie (an der ja auch Männer fast nie erkranken) konnte nicht vorliegen. Auffallend war die ausserordentlich schwere Betheiligung des Verdauungsapparates und die entsetzliche Heftigkeit der Muskelschmerzen. Als ein eigenartiges, seltener beobachtetes Phänomen erscheint die spärliche Urinausscheidung (selbst Anurie), wie sie sich z. B. sonst bei Cholera findet. Von accidentellen Symptomen der W. waren Xanthopsie und die Hautefflorescenzen vorhanden (in Form des fleckigen Erythems). Bemerkenswerth war endlich das (nicht häufige) Wiederaufflackern der Krankheit, dazu noch mit tödtlichem Ausgange. Ob die Pneumonie hypostatischen Ursprunges oder Folge von Erkältung war (Pat. hatte sich in der Reconvalescenz in den kalten Hof bringen lassen), war zweifelhaft; vielleicht bedeutete sie auch das Wiederaufflackern des Processes, indem der Entzündungsherd in der Lunge dem specifischen (aber noch nicht nachgewiesenen) Mikroorganismus der W. zur Last zu legen war, der sich an ungewöhnlicher Stelle angesiedelt hatte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 47.)

## Vermischtes.

---

— Die **Fango-Behandlung** hat in den letzten Jahren so grosse Verbreitung und Anerkennung gefunden, dass wir, — unter Zugrundelegung der betreffenden Litteratur\*) — nunmehr darüber zu referiren verpflichtet sind. „Fango“ ist ein vulkanischer Schlamm, der in einigen Seen in Ober-Italien, hauptsächlich bei dem Orte Battaglia, aus dem Erdinnern („Fangokrater“) herausquillt und sich ablagert. Früher nur an Ort und Stelle zu Heilzwecken verwendet, wird Fango jetzt, nachdem man erkannt, dass er durch den Transport an Wirksamkeit in keiner Weise verliert, verpackt und überall hingeschafft, um hauptsächlich in Fango-Heilanstalten (solche giebt es bereits in Berlin, München, Leipzig, Dresden, Nürnberg, Stuttgart, Köln, Kissingen, Baden-Baden, Wiesbaden, Wien, Zürich, London u. s. w.) verwendet zu werden. Fango stellt eine dunkelbraune, zähe, homogene, sich wie Butter anfühlende, geruchlose Masse dar. Dieselbe ist ein sehr schlechter Wärmeleiter, lässt sich daher nur langsam erwärmen, behält aber, einmal warm, dieselbe Temperatur viele Stunden bei. Ausserdem hat sie vor Moor noch viele andere Vorzüge: Fango entströmt, wie Untersuchungen ergaben, ziemlich steril dem Erdboden, ist auch frei von Wurzeln, Holzresten, kleinen Steinchen etc., auch frei von Säuren (macht daher keine Hautausschläge!), ist stets zum Gebrauch fertig (braucht nicht verdünnt, präparirt zu werden!), hat constante Zusammensetzung und besitzt

---

\*) Davidsohn (Congress für Innere Medicin, Berl. klin. Wochenschrift 1897 No. 13). M. Holzmann (Monatsschrift für prakt. Balneologie). J. C. Müller (Vortrag October 1896). H. Oeffinger (Vortrag Sept. 1896). Hausmann (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 14). v. Aufschnaiter (Wiener klin. Rundschau 1896 No. 9/12) u. A. m.

grössere Dichtigkeit als Moor, sodass Reibung und Compression auf den Körper stärker, der Hautreiz also intensiver ist. Der Hauptvorzug besteht in der mechanisch-thermischen Einwirkung auf den Gesamtorganismus. Fango, der sich vermöge seiner ausserordentlich plastischen Eigenschaft dem Körper wie Gypsbrei anschmiegt und so wie ein fester Verband wirkt, wird in Form von Kataplasmen applicirt (Temperatur des Fango, Dauer der Application u. dgl. richten sich nach dem Leiden, dem Zustand des Patienten etc.). Fast augenblicklich tritt allgemeine profuse Schweisssecretion ein, die aber äusserst schonend sich geltend macht; es kommt zur Erhöhung der Körpertemperatur, aber Puls- und Respirationsfrequenz vermehren sich in nurganz geringem Maasse und das Allgemeinbefinden bleibt auffallend gut. Mit Recht sagt daher Davidsohn, dass „es keine andere therapeutische Methode giebt, um bei einem Patienten eine energische und lange Zeit fortgesetzte Schwitzcur zu machen, welche in so schonender, den Körper so wenig anstrengender Weise dies Ziel erreicht, wie die Behandlung mit localen Fango-Applicationen“. Dabei ist die Wirkung eine so mächtige, dass stets nach der Application Gewichtsabnahme, bisweilen eine recht beträchtliche, constatirt wird, wobei jedoch die Pat. sich recht wohl befinden. Man kann desshalb Fangocuren auch bei Pat. vornehmen, bei denen man sich vor heissen oder Moorbädern fürchten würde (freilich wird man auch hier nicht unterlassen, vorher Herz, Urin etc. zu prüfen, weil Temperatur der Application, Dauer und Ausbreitung derselben sich darnach richten müssen; auch wird man bei Congestivzuständen, Arteriosklerose etc. Vorsicht zu üben haben!) Im allgemeinen applicirt man Anfangs Fango in einer Temperatur von 40–44°, geht täglich um 1° höher, bis 50–54°; die Dauer der Application beträgt im Beginn ½ Stunde, steigend bis 1–1½ Stunden. Davidsohn schildert die Procedur folgendermaassen: „Auf ein Bett wird eine grosse wollene, darüber eine ebenso grosse Gummidecke und über diese ein grobleinenes Laken gebreitet, auf letzteres legt sich der ent-



kleidete Patient. Der in allen Schichten gleichmässig auf 40—50° C. erwärmte Fango wird recht schnell auf diejenige Stelle des Lakens aufgetragen, an welcher der erkrankte Körpertheil zu liegen kommt. Nachdem sich der Pat. mit dem erkrankten Gliede in den warmen Fango gelegt hat, trägt man recht schnell auch auf die anderen Flächen und in die nächste Umgebung derselben Schlamm in einer ca. 2 cm dicken Schicht auf und hüllt so das betreffende Glied ganz in Schlamm ein. Darauf wird das Laken, die Gummidecke und darüber die wollene Decke unter dem Kinn zusammengeschlagen, so dass der Patient fest eingepackt ist“. Nach der Auspackung kommt der Pat. in ein lauwarmes Bad mit temperirter Douche und ruht dann einige Zeit aus. Man bedarf also eines geübten Wartepersonals, sodass man am besten solch eine Cur den Anstalten überlässt. Durch die Fangoapplication wird der Stoffwechsel ungemein angeregt, tritt eine erhöhte Activität der biologischen Processe ein. Am besten wirkt das Verfahren bei rheumatischen Leiden (acutem und chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus, Arthritis gonorrhoeica, Arthritis deformans, Arthritis urica), wo meist durch wenige Applicationen Heilungen resp. erhebliche Besserungen zustande kommen. Aber auch bei allen Neuralgien, bei Neuritis sind die Resultate erfreuliche, desgleichen bei Pleuritis und Affectionen der weiblichen Sexualorgane und allen ähnlichen, wo nach einer, mit Exsudat einhergehenden Entzündung die acuten Erscheinungen gewichen und die Resorption des Exsudats nicht vorwärts schreitet. Vereinzelt wurde Fango auch bei chronischen Lymphdrüsenanschwellungen, bei Hautleiden, bei Fettsucht versucht und bewährte sich auch da.

- **Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Unguent. Caseinum Liantral** publicirt Dr. C. Beck (Budapest). Das Präparat (Beiersdorf & Co., Hamburg) stellt eine Mischung von Unguent. Caseini als Salben- (recte Firniss-) Grundlage mit 10% Extract. lithanthracis (Liantral), d. h. den in Benzol löslichen Bestandtheilen des Steinkohlentheers dar. Das Unguent. Caseini selbst (Unna) gehört in die Gruppe der sog. wasserlös-

lichen Firnisse und besteht aus einer Mischung von Alkalicaseinat, Glycerin, Vaseline und Wasser. Leistikow sagt darüber: „Es bildet eine gleichmässige, dicke, zähflüssige, weisse Emulsion, welche erwärmt werden kann, ohne dass sich Fett abscheidet. Es bildet, auf der Haut verrieben, nach 1–2 Minuten schon eine elastische, trockene Decke. Während es auf der einen Seite porös genug ist, die Wasserverdunstung zu gestatten, ja sogar etwas zu steigern, enthält es auf der anderen Fett (56%), das die Oberhautzellen durchdringt, zu starkes Strömen des Hautsecrets verhindert und einige Tiefenwirkung ermöglicht. So stellt das Unguent. Caseini ein Mittelpräparat dar zwischen Fettsalben einerseits und Pasten und Pudern andererseits. Es reagirt neutral oder höchstens schwach alkalisch. Es ist mit allen Stoffen mischbar, welche Casein nicht coaguliren. Ausgeschlossen sind starke Säuren, saure Salze, Kalksalze, wenn sie in 1% übersteigenden Mengen zugesetzt werden. Unguent. Caseini ist das vorzüglichste Vehikel für Theer, welches ich kenne, besonders für die ambulante Behandlung ausgezeichnet. Wegen seines starken Vaselingehalts deponirt das Unguent. Caseini den Theer in die tieferen Hautparthien beim Einreiben und unterstützt den Theer in seiner juckstillenden Wirkung. In allen für die Umgebung sichtbaren Körperstellen (Gesicht, Hals und Hand) kann man Theercaseinfirniss verordnen. Es reizt fast gar nicht und ist sehr leicht abzuwaschen“. Schade nur, dass das Präparat durch viele Arzneistoffe (z. B. Ichthyol, Resorcin, Pyrogallol) Veränderungen erleidet, die es untauglich machen. Es wird daher heutzutage fast nur als Grundsubstanz für Theer benützt, wo es aber die besten Dienste leistet, wovon sich auch Beck überzeugete. Unguent. Casein. c. Liantral ist vielleicht das einzige Theerpräparat, welches in so starker Concentration (10%) bei Kindern, ja selbst auf entzündeter und stark secernirender Haut mit Erfolg angewendet werden kann. Es wurden mit dem Mittel 4 Fälle von chron. Kindereczem, 3 Fälle von Prurigo Hebrae, 1 Fall von Psoriasis und 1 Fall von Erythrasma behandelt; die Pat. waren 2–9 Jahre alte Kinder. Bei allen hatte das Mittel nicht

nur prompt juckstillende Wirkung, sondern die Affectionen selbst wurden sehr günstig beeinflusst und rascher Heilung zugeführt.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1898. Bd. XXVII No. 9).

- Eine **Methode, um Milch verdaulicher zu machen** für Personen, welche dieselbe nicht vertragen, besteht darin, dass man dieselbe mit Eichelcacao kocht und zwar genügt eine geringe Quantität (1–3 Theelöffel auf  $\frac{1}{2}$  l Milch). So wird die Milch sogar von Leuten vertragen, die selbst solche mit Cognaczusatz nicht behalten. Eine obstipirende Wirkung fehlt bei solch geringen Quantitäten.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 11.)

- **Ichthyolflecke aus der Wäsche zu entfernen**, gelingt mit Eau de Javelle (unterchlorigsaures Kalium und Natrium) leicht.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 45.)

- **Aromatischer Leberthran** wird nach Duquesnel durch Zusatz von Eucalyptusessenz hergestellt, welche Geschmack und Geruch des Leberthrans vollständig verdeckt:

Rp.

*Ol. jecor. flav. 150,0*

*Ol. Eucalypt. aeth. gtt. II.*

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 46.)

- Zur **Entfernung von Höllensteinflecken** ist eine Lösung von Hydrarg. bichlorat. 5, Ammon. hydrochloric. 5, Aq. dest. 40 ein altes, aber gutes Mittel; man trägt dasselbe mit einem Lappen auf und reibt damit ein wenig den Fleck.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1898, October.)



## Bücherschau.

— Wir haben noch zweier Kalender Erwähnung zu thun, die uns heute vorliegen. Zunächst des beliebten, von Dr. R. Wehmer herausgegebenen (Berlin, Aug. Hirschwald) „**Medicinal-Kalender 1899**“, dessen 1. Theil ausser dem in 2 Halbjahrhefte getheilten Kalendarium eine stattliche Reihe wissenschaftlicher Notizen, Tabellen etc. enthält, während Theil 2 in bekannter Genauigkeit und Uebersichtlichkeit die Verfügungen der Behörden, die Personalien etc. auf fast 1300 Seiten vorführt, so dass dem Leser alles nur Mögliche für wenig Geld geboten wird. — Auch der „**Medicin. Taschenkalender**“ von Kionka, Partsch, Leppmann (Breslau, Preuss & Jünger) bringt in seinem 12. Jahrgang viel gediegenen Stoff, vor allem eine genaue alphabetische Aufzählung aller Arzneimittel (Dosirung, Indicationen, Preis etc.), ein „Therap. Register“, mehrere Aufsätze, Tabellen u. dgl. Dabei ist er äusserst handlich und gut ausgestattet.

— Von dem **Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten**, den bekanntlich Dr. M. Chotzen bei L. Voss, Hamburg herausgibt, sind jetzt die Lieferungen 11 und 12 erschienen, so dass das Werk nunmehr abgeschlossen vorliegt. (Preis in Saffian gebunden 40 M.). Haben wir schon bei Besprechung der bisherigen Lieferungen immer wieder hervorheben können, wie sehr das Werk allen Ansprüchen genügt, wie sehr es dem prakt. Arzt von Nutzen sein wird, so ist es uns doch, nachdem jetzt das prächtige Werk im ganzen vor uns liegt, nochmals Bedürfniss, empfehlende Worte ihm zu widmen. Ueberschaut man, das Werk durchblättern, die grosse Zahl der schönen, farbigen Tafeln, welche uns die einzelnen Krankheitsformen überraschend naturgetreu vor Augen führen, so freut man sich zunächst über die Fortschritte der modernen Technik, dann aber zollt man unbedingt Anerkennung dem tüchtigen Herausgeber und der Verlags-handlung, welche beide sich bestrebt haben, das Werk in höchster Vollkommenheit zu publiciren. — Das Gleiche lässt sich von dem jüngst erschienenen 18. Bd. von **Lehmann's medic. Atlanten** (Verlag von J. F. Lehmann, München) sagen, welcher die **Aeusseren Augenkrankheiten** behandelt und Prof. O. Haab zum Verfasser hat. 76 farbige und 6 schwarze Abbildungen, fast sämmtlich durchaus gelungen und prächtig ausgeführt, nicht etwa Rari-



täten, sondern Krankheiten demonstirend, welche dem Praktiker alle Tage vorkommen oder vorkommen können, erhalten wir da für sehr mässige Kosten (M. 10 gebd.), dazu einen recht brauchbaren Grundriss der Pathologie und Therapie aller Augenkrankheiten. Gleich den bereits früher edirten Bänden wird auch der vorliegende dem Praktiker die erspriesslichsten Dienste leisten.

— Bei S. Karger (Berlin) sind wieder 2 neue Bücher erschienen, aus der Praxis für die Praxis hervorgegangen und dazu berufen, dem Arzte Führer in Disciplinen zu sein, welche, obwohl äusserst wichtig für die tägliche Praxis, doch auf der Universität viel zu wenig gewürdigt werden, um dem Mediciner geläufig werden zu können. Dr. P. Schuster erörtert auf 196 S. (Preis M. 4) **die Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems**. Als Assistent von Mendel braucht er kaum erst den Befähigungsnachweis zu liefern, dass er die schwierige Materie in entsprechender Weise uns vor Augen zu führen imstande ist. Die Lectüre des interessanten und lehrreichen Werkes zeigt, dass der Autor in der That seine Aufgabe muster-gültig gelöst und ein sehr werthvolles Hilfsbuch zum Studium und Nachschlagen geschaffen hat. Dasselbe Lob gebührt Dr. Toby Cohn für seinen **Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrophotherapie** (140 S., Preis M. 3.50). Das Buch, entstanden aus dem praktischen Unterricht, den Verfasser seit Jahren den Mendel'schen Hörern ertheilt, berücksichtigt vorzüglich die Interessen des Anfängers und bringt in leicht verständlicher Form alles Wichtige. Es wird trotz starker Concurrenz sicher seinen Weg machen und Studirenden wie Aerzten ein zuverlässiger Führer sein. Gute Abbildungen, mit denen nicht gespart wird, tragen dazu bei, den Werth des Werkchens zu erhöhen.

— Von dem Prof. Albert'schen **Lehrbuch der speciellen Chirurgie** (Wien, Urban & Schwarzenberg), dessen Erscheinen in 5. Auflage wir vor einiger Zeit anzeigten, liegt jetzt auch Bd. II vor (Preis: M. 14). Wir haben bereits hervorgehoben, dass die wesentlichen Kürzungen, die diesmal der Autor an seinem so beliebten Werke vorgenommen hat, den praktischen Aerzten nur angenehm sein werden, da der Verfasser nur das eliminirt hat, was für sie weniger in Betracht kommt. Für sie hat das Werk jetzt noch einen Vorzug mehr. Bd. II hat etwa 400 ausgezeichnete Illustrationen aufzuweisen, der Text ist bekanntlich meisterhaft klar und präcis verfasst, — vermuthlich werden wir bald in der Lage sein, über eine 6. Auflage zu berichten.

— Von den beiden grossen medic. Sammelwerken, welche gegenwärtig erscheinen, liegen wieder Fortsetzungen vor. Prof. Eulenburg's **Real-Encyclopädie** (Wien, Urban & Schwarzenberg) Bd. 18, welche die Artikel „Orbita“ (v. Schirmer) bis „Pharynxkrankheiten“ (v. B. Fränkel) bringt, enthält ausserdem zahlreiche vorzügliche Abhandlungen, von denen nur einige hier genannt sein sollen: „Organsafttherapie“ v. Buschan 60 Seiten), „Osteomalacie“ v. Kirchhoff, „Ostitis“ v. Kirchhoff, „Päderastie“ v. Dittrich, „Paralysis agitans“ v. Eulenburg, „Parametritis“ v. Veit, „Paranoia“ v. Mendel, „Pemphigus“ v. Kaposi, „Pemphigus neonatorum“ v. Soltmann, „Penis“ v. Englisch, „Percussion“ v. Sticker, „Pericard“ v. Rosenbach, „Perlsucht“ v. Wehmer, „Perniciöse Anaemie“ v. Eichhorst, „Pest“ v. Scheube, „Pfeilgifte“ v. Husemann. — Von der bei K. Prohaska (Teschen) von Prof. Drasche herausgegebenen „**Bibliothek der gesammten medic. Wissenschaften**“ liegen die Lieferungen 163—170 vor, welche Fortsetzungen der Disciplinen „Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten“ und „Hygiene und gerichtliche Medicin“ enthalten. In beiden haben wieder hervorragende Autoren Artikel beigezeichnet, sodass wir angesichts des Gebotenen wiederholt auf das grosse Werk empfehlend aufmerksam machen.

— **Die Krankheiten des Mundes** heisst der Titel eines bei G. Fischer (Jena) erschienenen Werkes, in welchem Prof. Mikulicz und Dr. W. Kümmel (ausserdem auch Prof. Czerny und Privatdoc. Dr. Schäffer, sämmtlich in Breslau) ihre reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete publiciren. Die Lectüre des Buches (Preis: M. 7) wird dem praktischen Arzte von grossem Nutzen sein und können wir dieselbe nur aufs Wärmste befürworten. In dem 250 S. starken Werke findet man alle Details der betreffenden Krankheiten, deren Kenntniss dem Praktiker noth thut, doch haben die Verfasser alles Unnütze bei Seite gelassen, theoretische, litterarische u. dergl. Notizen auf ein Minimum beschränkt, sich bestrebt, überall Kürze walten zu lassen, ohne der Deutlichkeit der Darstellung Abbruch zu thun. So ist ein wirklich praktisches Buch entstanden, welches in den Kreisen der Praktiker der freundlichsten Aufnahme sicher ist. 2 Lithogr.-Tafeln und 62 Abbildungen im Text veranschaulichen die verschiedensten Zustände ungemein klar. Auch die sonstige Ausstattung des Werkes ist eine vortreffliche.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 6.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. exel. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

März

VIII. Jahrgang

1899

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Anaemie, Chlorose.** Ueber therapeut. Versuche mit Eisensomatose bei Chlorose berichtet F. Werner (Wien, Klinik Drasche). Dieselben fielen sehr befriedigend aus, indem bei Darreichung des Mittels (3 Mal täglich ein Kaffeelöffel in Milch, Kaffee, Suppe) stets Steigerung des Haemoglobingehaltes und des specif. Gewichts des Blutes, Erhöhung der rothen Blutkörperchen bis zur Norm und darüber, Zunahme des Körpergewichts eintraten und die subjectiven Beschwerden rasch verschwanden. Ausserdem schwärzt Eisensomatose nicht die Zähne, regt den Appetit an, macht nie Erbrechen oder Magendrücken, bewirkt endlich keine Obstipation.

(Wiener medic. Presse 1898 No. 50.)



- **Perniciöse A. in der Schwangerschaft, im Wochenbett und während der Lactation** wird nach Dr. Ch. Vinay am besten bekämpft durch Arsen in kleinen Klysmen:

Rp.

*Sol. arsen. Fowl. 4,0—5,0*

*Aq. dest. 56,0*

S. 2–3 Mal tägl. 5 gr zu injiciren.

Injicirt man (in sehr schweren Fällen!) die stärkere Lösung 3 Mal des Tags, so entspricht die Menge 15 mg Arsen.

(Médéc. mod. 9. Aug. 1898. —

Wiener med. Wochenschrift 1899 No. 2.)

### **Anaesthesie, Narkose.** Einen Beitrag zur Orthoform-

anaesthesie liefert Dr. Hildebrand (Lüneburg). Derselbe wandte das Mittel gegen die wüthenden Schmerzen, die eine blossliegende Zahnpulpa eines cariösen Zahnes ihm verursachte, an. Da die cariöse Höhle im vorletzten Tricuspidalis sich zwischen diesem und seinem letzten Nachbarn öffnete und daher für das pulverförmige Orthoform sehr schwer zugänglich war, löste es Autor in erwärmtem Alkohol auf, tränkte mit der Lösung ein kleines Wattebäuschchen und drückte dieses durch den schmalen Spalt zwischen beiden Zähnen in die kleine Höhle. Der Erfolg war ein frappirender: eine schmerzlos durchschlafene Nacht, schmerzloser Gebrauch der rechten Zahnreihen 2 Tage hindurch. Als am Nachmittag des 2. Tages der Schmerz sich wieder einzustellen anfang, wurde das erste Bäuschchen entfernt und durch ein neues ersetzt, das ebenso prompt wirkte wie das erste. Man muss, wenn man das ganze Orthoform, das im Bäuschchen in Lösung vorhanden ist, hineinbringen will, sich etwas mit der Einbringung desselben beeilen, damit nicht zu viel Orthoform verdunstet.

(Therap. Beilage No. 12 zur Deutsch. med. Wochenschrift 1898.)

- **Orthoform** empfiehlt Dr. Fr. Hanszel (Wien, Prof. Chiari's Poliklinik) bei geschwürigen Processen der oberen Luftwege als complet und andauernd wirkendes Localanaestheticum. Die Anaesthesie tritt durchschnittlich nach 3 Minuten ein und währt bis fünf Stunden (am tiefsten ist sie nach  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde). Einige Male war auch eine auffallende Secretionsbeschränkung



ung der bestäubten Schleimhaut nachweisbar. — **Anesin** bewährte sich in der rhino-laryngologischen Praxis zur Vornahme schmerzloser Operationen nicht, dagegen wohl als schmerzlinderndes Mittel, z. B. bei Pharyngitis lateralis mit den bekannten unangenehmen Gefühlen beim Schlingacte und namentlich beim Gähnen, wie auch bei schmerzhaften Ulcerationen des Rachens, des Kehldeckels und des Kehlkopfes — hier in Form von Einträufelungen — insofern als eine 3—5 Minuten nach der Application sich einstellende, durchschnittlich  $\frac{1}{2}$  Stunde dauernde Herabsetzung der Sensibilität bewirkt wird, ohne dass sich unangenehme Nebenerscheinungen zeigen, selbst nicht jene Hyperämie, die sich selbst nach geringprocentiger Cocainpinselung oft genug einstellt, bei Anesinbepinselungen aber ausbleibt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 49.)

- Einen **Beitrag zur regionären Cocainanaesthesia** liefert Dr. Heimann (Schwäbisch-Hall), der bei Entfernung einer haselnussgrossen, am Uebergang der Schleimhaut in die Epidermis befindlichen Schleimcyste der Unterlippe jüngst das Oberstische Verfahren in vollendeter Weise zur Anwendung brachte. Er nahm ein biegsames Pessarium (Patentgummi mit Kupferdrahteinlage) von entsprechender Grösse, klappte es in der Mitte um und klemmte zwischen die so entstehenden 2 Halbkreise die kleine Geschwulst mit ihrer nächsten Umgebung. Nachdem er mit etwas Chloraethyl zunächst die oberflächliche Schicht unempfindlich gemacht, injicirte er an den 4 Seiten der Cyste im ganzen  $\frac{1}{2}$  gr einer 1%igen Cocainlösung und konnte nach wenigen Minuten im völlig blutleeren Raum die Exstirpation und Anlegung von 2 Nähten völlig schmerzlos trotz der Aengstlichkeit der Pat. vornehmen.

(Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 1.)

- **Aneson** hat zuerst v. Vamossy (Budapest) als locales Anaestheticum angewandt; er stellte fest, dass das Mittel (farblose wässrige Lösung des Trichlorpseudobutylalkohols oder Aceton-Chloroform) einer 2—2 $\frac{1}{2}$ %igen Cocainlösung entspricht und, subcutan applicirt,

weder locale Reizerscheinungen macht, noch sonst irgendwie gefährlich ist. Auf Veranlassung von Dr. Fr. Rubinstein (Berlin) hat Leo Sternberg eine Reihe dort unter Aneson operirter Fälle publicirt und dabei die Angaben Vamossy's bestätigt (selbst 17 gr Aneson wurden ohne Schaden verwendet!). In der Regel kam man mit viel kleineren Dosen aus. So genügte bei der Punction von Bursitis praepatellaris Injection von 2–3 gr, bei einem Bubo inguinal 5 gr, bei Naht einer 4 cm langen und  $\frac{1}{8}$  cm tiefen Wunde je  $\frac{1}{2}$  gr für jeden Wundrand, bei einem grossen Atherom der Regio glutealis 7 gr u. s. w., bei einem 2jährigen Kinde (Entfernung eines haselnussgrossen Tumors am Zeigefinger) 1 gr, bei einem 14jährigen Jungen (tiefe Incision einer Phlegmone) 1 gr etc. Stets wurde vor der Injection der Chloräthylspray benützt. Aneson führte meist (Wartezeit gleich Null, da sofort Anaesthesie eintritt) vollständige Schmerzlosigkeit (auch bei entzündlich-phlegmonösen Processen, bei denen man freilich grössere Dosen anwenden, das ganze Gebiet gewissermaassen unter Aneson setzen muss!), bisweilen nur eine theilweise (was bei anderen Mitteln ja auch vorkommt!) herbei. Sie hat vor der Schleich'schen Methode gelegentlich den Vorzug, dass man kleinere Mengen Flüssigkeit verwenden kann (wodurch man die anatomische Configuration der Theile nicht unkenntlich macht). Wie mit jener jetzt auch schon grössere Eingriffe gelangen (Mikulicz machte unter „Schleich“ grosse Magen-, Darm-, Strumaoperationen; Rubinstein führte jüngst die Thorakotomie und Rippenresection wegen Empyem bei einem 2jährigen Kinde, sowie die Exstirpation grosser Lipome unter „Schleich“ aus), so wird dies sicher auch unter Aneson der Fall sein.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1898 No. 39.)

- Das von Lehmann mitgetheilte **Symptom zur Feststellung der Prognose für die Chloroformnarkose** (s. Heft 4, S. 149) konnte Dr. Fr. Rubinstein (Berlin) vor ca. 9 Jahren constatiren, bei einem 8monatl. Kinde, das an allgemeinen Convulsionen litt; er brachte fast den ganzen Tag bei dem Kinde zu und hielt es öfters 2 Stunden *hintereinander* unter Narkose, wobei es aber nie gelang,

die Lidspalte völlig zum Verschluss zu bringen.  
Die Convulsionen liessen zeitweise nach, doch starb Pat.  
in der Nacht darauf. (Briefl. Mittheilung.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. J. Stumpf

(Werneck) empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen den **Thon als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel.** Der Thon bewährte sich bei frischen, besonders frisch genähten Wunden. Reichliches Bestreuen mit Argilla und ein leichter Verband darüber genügt; nimmt man letzteren nach 4—5 Tagen ab und bläst das Pulver weg, so sieht man die Wunde absolut reactionslos, ideal verheilt. Auch bei grossen, unregelmässigen, gequetschten Wunden, bei vernachlässigten, bei Geschwüren (auch Ulcus cruris) leistet Argilla Vortreffliches. (Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 46.)

- **Jodoformogen** wird allenthalben als vorzügliches Wundstreupulver gelobt. Jetzt thut das auch Dr. A. Wagner (Stuttgart, Landeshebammschule), der das Mittel seit 1 Jahr bei frischen und granulirenden Wunden benützt und dessen absolute Reizlosigkeit, Schmerzlosigkeit und Ungiftigkeit betont. Bei frischen Dammrissen bewährten sich Vaginalkugeln (1 gr Jodoformogen auf 2 gr Ol. cacao.)

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 48.)

- **Xeroform** hat Dr. Fr. Hanszel (Wien, Prof. Chiari's Poliklinik) in der Rhino-Laryngologie verwendet und zwar zunächst als Deckpulver, auf Operationswunden gestäubt. In keinem Falle Infection der Wunde, nie irgendwelche reactive Erscheinung. Das Pulver lässt sich sehr gut zerstäuben, ballt sich nicht so leicht und ist für alle Fälle empfehlenswerth, wo man Jodoform nicht anwenden kann und will. Vorzügliche Dienste leistete die 10%ige Xeroformgaze zur Tamponade nach Nasenoperationen; es wirkte verlässlich antiseptisch, ohne starke Absonderung hervorzurufen (wie so oft Jodoformgaze!) auch ohne Reaction der Umgebung zu bewirken (die Tampons blieben 2—3 Tage liegen).

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 49.)

- Ueber ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd macht Prof. Prausnitz (Graz, hygien. Institut) Mittheilung. Versuche ergaben, dass feuchte Objecte viel eher einer solchen Desinfectionswirkung (mit der Schering'schen Lampe) unterliegen, als trockene, und dass bei Verwendung der Schering'schen Formalinpastillen der Erfolg ganz erheblich erhöht wird, wenn gleichzeitig die Räume mit Wasserdämpfen übersättigt werden. Es musste daher Formol (40%ige Lösung von Formaldehyd in Wasser, also zugleich beide Factoren enthaltend) besonders geeignet erscheinen, namentlich wenn es versprayed wird. Ein einfacher Apparat zu solcher Versprayedung wurde construiert: an einem gewöhnlichen Papin'schen Topf wurde ein T-förmig gebogenes Rohr angebracht; das eine schliesst ein Sicherheitsventil ab, das andere läuft in 2 Spitzen aus, welche senkrecht über den Spitzen zweier anderer dünnen Rohren stehen, die die zu verstäubende Formollösung aufsaugen (Spray); Heizung des Topfes durch einen Spirituskocher. Mit diesem Apparat erzielte man sehr günstige Resultate. Für ein Zimmer von 86 cbm Inhalt wurden 505 ccm Formol versprayed, ca.  $2\frac{1}{2}$  Liter Wasser durch Verbrennen von  $\frac{1}{4}$  Liter Spiritus verdampft (es kamen also auf 1 cbm Raum ca.  $2\frac{1}{2}$  gr Formaldehyd). Für ein grosses Zimmer von 220 cbm Raum wurden 1100 ccm Formol in 2 Papin'schen Töpfen versprayed (pro cbm 20 ccm Formol), 5 Liter Wasser verdampft und 1350 ccm Spiritus verbraucht (Einwirkungsdauer 24 Stunden). Die Controlproben ergaben sehr günstige Resultate, durchaus für die Praxis genügend. Ein geschickter Mechaniker kann den Apparat leicht anfertigen, doch empfiehlt Autor für die Praxis einen noch besseren (Firma Baumann in Wien): Ein ca.  $3\frac{1}{2}$  Liter fassender Kupferkessel enthält einen kleinen Verschluss mit Gewinde, in welchem ein Sicherheitsventil eingefügt ist (der Verschluss dient zum Einfüllen des Wassers); ferner gehen vom Kessel aus 2 kupferne Rohre, welche in den beiden vereinigten und abschraubbaren Gebläsespitzen enden; die Rohre gehen, nachdem sie aus dem Kessel ausgetreten, am Kessel und dessen Boden entlang, damit der durch die Rohre austretende Dampf nochmals erhitzt wird



und beim Austreten aus den Spitzen möglichst kräftig aspirirend wirkt, wodurch erreicht wird, dass der Spray möglichst fein wird; der Kessel mit den Röhren befindet sich in einem mantelförmig geschlossenen Gestell aus Eisenblech, das gleichzeitig die Spiritusflamme aufnimmt und einen Träger für das Gefäss hat, in welches die verdünnte Formollösung eingefüllt wird. Der Apparat wirkte 7 Stunden in einem Zimmer von 80 cbm Inhalt ein; versprayed wurden 675 ccm Formol, mit Wasser auf 2 Liter aufgefüllt (also pro cbm Raum 3 gr Formaldehyd), verdampft wurden mit 300 ccm Spiritus 1450 ccm Wasser. Sehr gutes Resultat (selbst in dicht verschlossenen Schränken untergebrachte Kleider und in den Taschen derselben befindliche Controlproben widerstanden der Einwirkung nicht!), sodass die Methode als einfach und doch sicher wirkend empfohlen werden kann. Sie wirkt deshalb so gut, weil durch dieselbe eine ausgiebige und gleichmässige Vertheilung der mit Formaldehyd geschwängerten Wasserdämpfe in der Luft erzielt wird und durch die Sprayapparate so kräftige Dampfströme nach allen Richtungen hin hervorgerufen werden, dass eine intensive Luftbewegung entsteht und selbst ungünstig gelegene Objecte wirksam getroffen werden. Es gelingt durch die Versprayed eine ganz verdünnte Formalmenge geradezu quantitativ der Zimmerluft beizumengen und die Kosten werden erheblich reducirt. Die Kosten des Desinfectionsmittels für jenes grosse Zimmer stellten sich nur auf 2 M. (es wären sonst 3 Lingner'sche Apparate und 6 Liter Glykoformal resp. 2 Schering'sche Apparate und 440 Pastillen nöthig gewesen; Kosten 24 resp. 13 M.). Selbst der Apparat ist von einem geschickten Mechaniker herzustellen (er muss nur in etwa 1 Stunde bei Verdampfung von 2—3 Liter Wasser etwa 2 Liter Flüssigkeit — Formol resp. verdünntes Formol — gleichmässig und fein versprayed!). Zweifellos aber ist, dass, wenn man durch Verdampfer und Versprayed 7—8 ccm Formol und ca. 40 ccm Wasser auf 1 cbm Raum vertheilt, selbst die widerstandsfähigsten Mikroorganismen abgetödtet werden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 1.)

**Augenentzündungen.** Protargol empfiehlt Dr. Jauner

(Wien, Augenklinik Prof. v. Reuss) besonders für **Thränensackblennorrhö**. Selbst bei chronischen Fällen nach 4–6maliger Durchspülung (mittelst Anel'scher Spritze) mit 5–10%iger Protargollösung ganz bedeutende Besserung und auffallende Abnahme der Secretion. — Das Mittel bewährte sich auch bei **Ophthalmoblennorrhöa neonatorum**. Die Conjunctiva der umgestülpten Lider wurde täglich vom Arzte 1 Mal mit 5%iger (bis 10%iger) Protargollösung mittelst Augentropfglases ausgiebig betupft, hierauf mit Glasstab ein erbsengrosses Stück einer 5%igen Ichthyolvaselinsalbe in den Conjunctivalsack applicirt, die Augen öfters am Tage von den Angehörigen mit Kaliumhypermanganlösung ausgespült und Morgens und Abends von ihnen 10% Protargollösung eingeträufelt. Von 15 Fällen wurden 12 in 2–3 Wochen vollständig geheilt, in 3 Fällen versagte die Therapie (hier wurde dann 1 Mal täglich mit 2%iger Höllensteinlösung touchirt und 5%ige Ichthyolsalbe angewandt, worauf nach einigen Wochen Heilung eintrat).

(Die Heilkunde, Nov. 1898.)

- Während **Protargol** bei Augengonorrhö sich bei Dr. A. Lesshaft (Görlitz) ausserordentlich bewährte leistete es bei anderen A. viel weniger. Alle Katarakte der Bindehaut, auch das Trachom, wurden so gut wie gar nicht beeinflusst. Nur sehr starke eitrige Secretion pflegte in kurzer Frist (5%ige Lösung) sistirt zu werden, die Conjunctivitis aber musste durch andere Mittel beseitigt werden. Günstig waren die Erfolge bei Thränensackeiterung. Nach sorgsamer Ausspritzung mit Sublimat wurde 10%ige Protargollösung injicirt, worauf einige Male die, vorher vergeblich bekämpfte, starke Eiterung aufhörte. Oefters machte das Mittel aber heftige Schmerzen, fast stets unangenehmes Brennen, freilich nicht vergleichbar mit dem bei Argent. nitric.

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 15. Dec. 1898.)

- 1–2%ige **Formalinlösung** bei **Blepharitis**, selbst der hartnäckigsten, hat H. Moulton die vorzüglichsten Dienste geleistet. Man taucht in die Lösung einen Watte-

bausch, um damit erst alle Borken und Krusten zu entfernen und dann die Lösung gründlich einzureiben (Conjunctiva sorgfältig vermeiden!), worauf man Mandelöl applicirt. Thut man das täglich, so erzielt man nach höchstens 1 Monat Heilung.

(American med. Association zu Denver 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

- Ueber die **Verwendbarkeit des Jod- und Jodoformvasogens in der Augenheilkunde** stellte Dr. A. Szulislawski (Lemberg) Versuche an. Er liess besonders mit 6%igem Jodvasogen bei Keratoretinitis specifica, Chorioretinitis, Haemorrhagieen in den Glaskörper Einreibungen an verschiedenen Körperstellen vornehmen und constatirte, dass die Präparate (namentlich Jodoformvasogen) von der unversehrten Haut gut resorbirt werden und ein Ersatz für die interne Darreichung von Jod sind.

(Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, October-November 1898.)

- **Locale Späteiterungen nach Verletzungen** kommen vor, wie wieder ein von Dr. M. Mayer (Simmern) mitgetheilte Fall lehrt. Ein Arbeiter wurde 1891 am rechten Auge verletzt und behielt davon einen Hornhautfleck zurück. 5½ Jahre blieb er dann beschwerdefrei, worauf plötzlich heftige Schmerzen in jenem Auge sich bemerkbar machten. Es fand sich frische entzündliche Trübung der Hornhaut, rautenförmig den alten Fleck umschliessend, ausserdem Verlust der oberflächlichen Zellschichten in diesem Gebiet nebst starken Reizerscheinungen. Entwicklung einer Hornhauteiterung mit dem alten Fleck als Mittelpunkt. Eröffnung der mit Eiter gefüllten vorderen Kammer. Nach Ablauf der Krankheit blieb statt des früheren kleinen ein grosser, die ganze Pupille einnehmender Fleck zurück. Schon wiederholt ist ein Wiederactivwerden von in Narben lagernden Krankheitskeimen beobachtet worden; das musste auch hier stattgefunden haben, da die Hornhaut nicht von neuem verletzt worden war, eine unverletzte Hornhaut aber nicht durch Bspülung mit Eiter (der Thränensack erwies sich als afficirt) inficirt werden kann. Aber selbst wenn die Infection von aussen be-

wirkt worden war, musste man doch urtheilen, dass die alte Narbe hier als maassgebend für den Krankheitsverlauf anzusehen war, das sie als *Locus minoris resistentiae* gelten musste. Die Berufsgenossenschaft erkannte auch diese Auffassung an und erhöhte die Rente entsprechend.

(Zeitschrift f. Medicinalbeamte 1898 No. 14.)

**Dysenterie.** Ueber Verlauf und Therapie der D. macht Z. Blindreich (Wolmar) Mittheilungen, denen wir Folgendes entnehmen: Die Beobachtungen machte Autor in einer grösseren Epidemie 1896/1897. In beiden Fällen dauerte die Krankheit eine Woche, in weniger leichten 2—3, in schweren 3—4; von letzteren gingen 6 Fälle in chronische D. über, wurden fast  $\frac{1}{2}$  Jahr behandelt, gingen schliesslich in Genesung über. — Als sehr wichtiger Punkt für die Differentialdiagnose von D. und Typhus ist die Abwesenheit von Fieber bei D. zu bezeichnen. Autor behandelte fast 450 Fälle, kein Mal konnte er Fieber constatiren. Es erkrankten übrigens schon 2 Monate alte Kinder, während die Mutter gesund blieb. Für Kinder bis zum 2. Lebensjahr war die Prognose ziemlich ungünstig, dagegen für jedes andere Alter ziemlich günstig. Für die Prognose erschien es von grösster Wichtigkeit, dass Pat. nur ja nicht von der normalen Körperwärme verliere. Bei subnormalen Temperaturen Prognose ziemlich hoffnungslos; keinerlei Excitantien, nichts sonst hilft mehr, wenn am Morgen noch keine Besserung constatirt werden konnte und der Körper sich gegen Abend kältlich anfühlte. Der Tod braucht aber hierbei nicht gleich einzutreten, einige Male trat er erst 2 Tage nach dieser auffallenden Abkühlung und sogar nach Sistiren der Stühle ein. — Von besonderen Complicationen sah Autor ausser dem nicht ungewöhnlichen Ascites 6 Mal Epididymitis, 5 Mal Keratitis, 8 Mal Gonitis mit serösem Exsudat; alle diese schwanden bei geeigneter Therapie binnen kurzer Zeit. Singultus trat sehr oft im weiteren Verlauf der Krankheit ein und war sehr lästig und schwer zu bekämpfen; doch endete kein solcher Fall letal. Das gleich beim Beginn der Erkrankung auch öfters eintretende Er-



brechen hatte ebenfalls nichts Gefährliches an sich. — Was die Therapie anbelangt, so rät Autor neben hygienisch-diätetischen Anordnungen (auf den Leib immer warme Umschläge!) die Cur mit Calomel zu beginnen (Kinder ertragen grössere als die üblichen Dosen!) und dann sogleich Bismuth. salicyl. folgen zu lassen, auch daneben 4stündlich 10 Tropfen Tinct. Opii simpl. zu geben (Kindern natürlich weniger!). Calomel wirkt von den Darmdesinficientien am besten; bei seinen ersten Pat. hatte Autor Tannigen, Tannalbin, Resorcin, Naphthalin, Ipecacuanha, Simaruba etc. angewandt, nichts wirkte so gut als Calomel und dann Wismuth. Letzterem setzt man auch zweckmässig Plumb. acet. und Opium zu und giebt z. B. Kindern (auch Erwachsenen):

Rp.

*Decoct. Salep 100,0*

*Bismuth. salicyl. 3,0*

*Plumb. acet. 0,03*

*Tct. theb. gtt. X.*

S. Gut umgeschüttelt. 2stündl. 1 Theelöffel.

Kinder erhalten ferner Klystiere mit Acid. tannic. und einigen Tropfen Tinct. theb. (Erwachsenen nützen solche nichts!).

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1898 No. 43).

**Epilepsie.** Bromipin (Merck), eine Verbindung von Brom mit Santalöl (10% Brom) hat Prof. Dr. H. Gessler (Stuttgart) mit gutem Erfolg angewandt und er empfiehlt das Präparat, das den bisher gegen E. gebräuchlichen Mitteln überlegen ist, warm.

(Medicin. Correspondenz-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins 1898 No. 46.)

— Ueber epileptische und epileptoide Anfälle in Form von Angstzuständen hat Prof. v. Bechterew (St. Petersburg) Beobachtungen angestellt, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1. Anfälle von Angst im Verlaufe der E. sind überhaupt etwas durchaus nichts Seltenes.
2. Sie können auftreten als präepileptische Aura oder als völlig selbständige, mit den epileptischen alternirende Anfälle. In selteneren

Fällen sind die Angstzustände das wesentlichste Symptom der epileptischen Neurose, da der eigentliche epileptische Anfall ihnen gegenüber an Häufigkeit völlig zurücktritt.

3. Gewöhnlich gehen die Anfälle epileptischer Angst ohne Verlust des Bewusstseins und ohne Kopfschwindel einher.
4. Die Anfälle sind ausgezeichnet durch grosse Hartnäckigkeit und sind schwer oder doch nicht vollständig der Therapie mit antiepileptischen Mitteln zugänglich.
5. Manchmal werden sie auch im Verlaufe epileptiformer Anfälle der Dementia paralytica beobachtet.
6. Zum Unterschiede von den neurasthenischen Beängstigungen knüpfen sich die epileptischen Angstgefühle nicht an irgend welche bestimmte äussere Bedingungen (Oertlichkeiten, Donner, Menschenmassen u. s. w.), wie dies bei der Pathophobie beobachtet wird.

(Neurolog. Centralblatt 1898 No. 24.)

**Hemicranie.** Empfehlenswerth folgende Combinationen (nicht mehr als höchstens 3 Pulver innerhalb 24 Stunden zu nehmen!):

Rp.

*Coffein. citric. 0,05*

*Phenacetin. 0,5*

M. f. pulv.

Rp.

*Antipyrin. 0,5*

*Phenacetin. 0,1*

*Antifebrin. 0,05*

(Practioner. Sept. 1898. — Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

— Ueber einen Fall von H. mit Blutungen in der Augenhöhle berichten Dr. M. Brasch und Dr. G. Levinsohn (Berlin): Der zur Zeit 23 jährige Patient (Elektrotechniker), einer gesunden Familie entstammend (eine Tante allerdings leidet schon lange an H.), selbst bisher bis auf Scharlach im 3. Jahre (nach welchem „schwache Augen“ zurückgeblieben) stets gesund, erwachte in der Nacht vom 20. zum 21. August 1896 nach 2stündigem Schlafe mit heftigen Schmerzen über dem linken Auge; am Morgen das Auge „geschwollen“, Uebelkeit, Erbrechen. Die Schmerzen hörten bald auf, die Augenschwellung blieb noch bis zum Nachmittag, worauf Alles

wieder gut war und Pat. gesund blieb bis 11. November 1896, wo er zum 1. Mal die Autoren consultirte wegen eines Anfalls in der Nacht vorher. Wiederum hier Unterbrechung des Schlafes durch Schmerzen über dem linken Auge und in der linken Stirnhälfte; am Morgen Uebelkeit, Schwindelgefühl, dann Erbrechen und eine Blutung, worauf die Schmerzen nachliessen. Jetzt Augenbefund auf der Höhe der Krankheit (Pat. erbrach sich während der Consultation): An beiden Augen gewisser Exophthalmus, der die Beweglichkeit der Augen, namentlich aber die des linken, in der Richtung nach aussen nicht sehr erheblich einschränkt; beide Augen etwas druckschmerzhaft, in beiden der intraoculare Druck leicht gesteigert; Netzhaut beider (besonders des linken) im Zustand mässiger venöser Hyperämie; centrale Sehschärfe rechts  $\frac{9}{16}$ , links  $\frac{9}{36}$ ; Gesichtsfeld beiderseits normal, desgleichen Pupillenspiel und Accommodation; links ausserdem Regenbogenhaut etwas dunkel gefärbt, Lider mässig geschwollen, am unteren Lide in der Haut geringe blutige Verfärbung. Da sonst die Untersuchung negativ ausfällt, wird H. diagnosticirt. 4 Monate bestes Wohlbefinden, dann (7. April 1897) Nachmittags mitten in der Arbeit 3. Anfall. Zunächst Druckgefühl in der linken Augenhöhle und in der Stirn, Thränen dieses Auges, Anschwellung der Lider, grosse Lichtscheu, Schmerzen in der ganzen Gesichts- und Kopfhälfte; später Erbrechen und Blutung in beiden Lidern, diesmal in grösserer Ausdehnung. Am nächsten Morgen Pat. schmerzfrei, bald Restitutio ad integrum. Intervall von  $1\frac{1}{4}$  Jahren. Am 14. Juli 1898 meldete sich Pat. wieder, mit der Angabe, dass 2 Tage vorher Nachmittags plötzlich innerhalb von  $\frac{1}{4}$  Stunde sehr rasch folgende Erscheinungen aufgetreten seien: Das linke Auge begann zu thränen, es stellte sich Stirnkopfschmerz links ein, die Lider schwellen an und während er auf dem Abort war, entstand eine Blutung von weit grösserer Gewalt als je vorher, auch schwand das Sehvermögen links. Status: Lider des linken Auges so stark mit Blut getränkt und schwarz aussehend, dass man fast an Gan-

grün dachte, auch die *Conjunctiva bulbi* im nasalen Lidspaltbereich blutig verfärbt, Netzhaut hochgradig venös-hyperämisch, ausserdem in der Nähe der Papille eine Anzahl grösserer und kleinerer Netzhautblutungen; Pupille fast ad maximum erweitert, nicht mehr auf Lichteinfall reagierend, consensuell aber und auf Accommodation und Convergenz sich prompt zusammenziehend; Function des Auges fast völlig vernichtet; Untersuchung des Nervensystems wieder durchaus negativ. Sofort nach Eintritt der Blutung auch diesmal der eigentliche Anfall überwunden (bis auf leichten Druck im linken Kopfe). Die Blutungen selbst schwanden allmählig, nach 8 Tagen fast nichts zu sehen; auch rasche Besserung des Sehvermögens, sodass 4 Tage nach dem Anfall fast die ganze obere Hälfte des Gesichtsfeldes links frei war, während das centrale Sehen noch auf Fingersehen: 1 m beschränkt war; aber auch hier rasche Fortschritte und 14 Tage nach dem Anfall Sehstärke wie früher, Gesichtsfeld von normalen Grenzen, desgleichen Pupillenreaction etc. — Was lag hier allgemein und am Auge vor? Da das rechte Gesichtsfeld stets völlig frei blieb, so musste die Störung, die das Sehvermögen des linken Auges aufhob, diesseits des *Tractus opticus*, d. h. in der Orbita gelegen sein, und es konnte sich nur um Bluterguss handeln (und zwar um einen grossen, da Pat. angab, das Auge wäre plötzlich so herausgequollen, dass es gegen die Brille stiess!), da das periphere und centrale Sehen allmählig wiederkehrte. Die Blutung in die Lider und *Conjunctiva* sind wohl kaum als Senkungs-ergüsse aufzufassen (solche kommen ja nach Orbitalblutungen vor, doch stellen sie sich in der Regel später ein, nehmen auch nicht solche Dimensionen an, wie hier), sondern sie entstanden wahrscheinlich gleichzeitig durch directes Zerreißen von Gefässen. Berücksichtigt man die Anfälle im Jahre 1896 und 1897, bei denen nur eine geringe Lidblutung vorhanden war und jedenfalls keine Orbitalblutung (die Prominenz der Bulbi und die intraoculare Drucksteigerung müssen wohl freilich als Vorläufer der Blutungen angesehen werden!), so wird man wohl das Richtige treffen, wenn man auch



die bei dem letzten Anfall aufgetretenen Lid-, Netzhaut- etc. Blutungen nicht von der Orbitalblutung abhängig macht, sondern den Process sich so vorstellt, dass es sich um eine das ganze Gefässgebiet der Orbitalgegend umfassende Blutüberfüllung handelt, die, je nach der Intensität des Anfalls und entsprechenden Zerreibbarkeit der Gefässe, an einer oder mehreren Stellen zum Zerplatzen derselben geführt hat (dafür, dass die Blutungen venös waren, sprach das Verhalten der Netzhautarterien, die stets auch während der Anfälle etwas verengt waren). Das Grundleiden ferner war zweifellos reine H. (keine symptomatische, da für ein anderes, organisches Leiden sich kein Anhaltspunkt bot!); eine Tante des Pat. litt daran und alle Erscheinungen deuteten auf Anfälle von H. hin. Auffallend waren nur jene Blutungen, die sich von Anfall zu Anfall steigerten. Dass sie etwas Fremdartiges, Zufälliges darstellten, dagegen sprach schon, dass sie jeden Anfall begleiteten und ihn gewissermaassen abschlossen. Ferner spielen ja bei H. vasomotorische Symptome eine grosse Rolle und Gefässkrampf und Gefässlähmung sind häufige Vorkommnisse; von letzterer aber zur Blutung ist nur ein Schritt. Allerdings kam wohl noch ein Accidens hinzu: im letzten Anfall die Defäcation, in den ersten vielleicht einige Husten- oder Brechbewegungen. Blutungen bei H. sind übrigens schon beobachtet worden (Bluterbrechen, Nasenbluten, Haemorrhoidalblutungen), nicht traumatische Orbitalblutungen sind freilich höchst selten. Von der Orbitalblutung wird hier in erster Linie die Prognose abhängen; die Gefahr der Verblutung ist freilich bei dem venösen Charakter eine minimale, quoad vitam ist also wenig zu fürchten, mehr quoad visum: denn wenn auch die 1. intraorbitale Blutung das Sehvermögen nicht dauernd schädigte, wer weiss, ob das nicht spätere thun?

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 52.)

**Hysterie.** Ueber einen Fall von Hemiplegia hysterica berichtet Dr. Guttman (Halberstadt) und giebt dann darüber etwa folgendes Resumé: 62jährige Patientin; Sturz vor 2 Jahren eine Treppe herab; Erschrecken vor 1 Jahr ohne nennenswerthe Net-

anlassung; Aphasie von minutenlanger Dauer; wenige Stunden später eintretende linksseitige Parese des Armes und der Hand; nach einigen Tagen auftretende Parese des linken Beines, mit Kältegefühl und Kribbeln in demselben; Schmerz und ein gewisses Steifigkeitsgefühl im Hinterkopf und Genick; Abnahme des Gedächtnisses und der Sehkraft. Objectiv: Hirnnerven durchweg frei; Atrophie der Musculatur des linken Armes und Beines; Spasmen im linken Arm, jedoch keine Contracturen; Tremor der linken Hand; vielleicht leichte Herabsetzung der Kraft im linken Arm und Bein; Sensibilität in den Extremitäten herabgesetzt und wechselnd; Reflexe durchgehends in Ordnung; am Gange höchstens eine geringe Schwäche des linken Beines, die offenbar nicht immer vorhanden ist; passive und active Bewegungen in sämmtlichen Gelenken aller 4 Extremitäten ausgiebig möglich, mit geringer Einschränkung der linken Hand; gleichmässige galvanische und faradische Erregbarkeit in gleicher Ausdehnung wie oben; Imbecillitas senilis leichteren Grades (unter Herabsetzung der Denkkraft und der Sprachfähigkeit). — In diesem Bilde könnte fast jedes Symptom einzeln für sich, manche davon auch miteinander vereint als Folge eines vor 1 Jahr eingetretenen apoplektischen Insultes gelten; besonders in Berücksichtigung des hohen Alters, der gewissen Plötzlichkeit des Auftretens und der in psychischer Erregung bestehenden Ursache. Dagegen sprechen aber folgende Erwägungen:

1. Aphasie tritt nur ein, wenn der Erkrankungsherd die linke 3. Stirnwindung trifft; dann musste aber die Lähmung die rechten Extremitäten betreffen, bei linksseitiger Extremitätenlähmung wie hier muss der Herd in der rechten Hirnhälfte liegen, dabei wäre die Aphasie unerklärbar.
2. Aphasie nach Apoplexie verschwindet nicht nach wenigen Minuten, sondern höchstens nach Tagen; das „Versagen“ der Sprache auf psychischer Grundlage freilich pflegt nach kurzer Zeit behoben zu sein.
3. Wenn es zwar nicht das Gewöhnliche ist, dass die Hemiplegie der Extremitäten nach Apoplexie so lang-

sam auftritt und allmählig sich erst ausbildet, so findet man doch Derartiges in der Litteratur verzeichnet. Aber hat man es denn im obigen Falle überhaupt mit Halbseitenlähmung zu thun, wie sie nach Bluterguss ins Gehirn oder Rückenmark auftritt? Höchst wahrscheinlich nicht; denn Pat. spricht nur von einer allmählig aufgetretenen „Schwäche“ in den linken Extremitäten, mit denen sie aber alle Bewegungen ausführen konnte, wenn auch die eigentliche Kraft zur Arbeit fehlte. Eine „schlafte“ Lähmung lag also gewiss nicht vor!

4. Sehr auffallend ist hier das Fehlen von Lähmung der Gesichtsmusculatur, des Gaumens und der Zunge.
5. Auch Contracturen, als Folge von apoplektischen Lähmungen bekannt, fehlen hier, während wie hier leichte Muskelspasmen, die wohl eine Schwerfälligkeit in der Bewegung, nicht aber Behinderung erzeugen und wahrscheinlich auch die Schuld an der Verminderung der Kraft tragen, dort kaum vorkommen.
6. Die Sensibilität ist nach Apoplexie auf der gelähmten Seite zunächst herabgesetzt, erholt sich aber im Laufe der Zeit wieder, hier ist sie aber noch heute unterwerthig, vor allem aber bald auf der gesunden, bald auf der kranken Seite schwächer.

Alle anderen Erscheinungen, wie der Tremor manus sin., die Paraesthesien, die Atrophia musculorum sin. sind differentialdiagnostisch kaum verwerthbar; letztere ist höchst wahrscheinlich auf die Inactivität zurückzuführen (worauf auch die für beide Seiten gleichgebliebene elektrische Erregbarkeit hinweist), erstere finden sich in sehr vielen Krankheitsbildern. Die intellectuelle Schwäche endlich kommt zwar auch nach Apoplexie vor, doch glaubt Autor, dass sie hier gerade der Ausgangspunkt des Symptomencomplexes ist, indem er das Krankheitsbild folgendermaassen deutet: Die vor 2 Jahren schon 60 Jahre alte Patientin, in Folge der Arbeit altersschwach, stürzt eine Treppe herab, ohne sichtbaren Schaden zu nehmen; doch trägt der Unfall ja zweifellos dazu bei, ihre psychische Kraft zu



verringern. 1 Jahr später plötzlich noch dazu psychische Erregung, — Folge: jene hysterische Neurose, welche alle genannten Erscheinungen gut in sich vereinigen lässt und jetzt sich auch dadurch charakterisirt, dass Pat., seitdem sie vom Autor elektrisirt wird, bereits deutlich sich gebessert fühlt, manche Arbeit verrichten kann, die ihr das ganze Jahr unmöglich war u. s. w. Zu denken wäre höchstens noch an die Forme fruste der multiplen Sklerose, die auch in späteren Jahren auftreten kann; dagegen spricht der Mangel jeder Augen- und Augenmuskelerkrankung, der scandirenden Sprache und die Art der Sensibilitätsstörungen.

(Neurolog. Centralblatt 1898 No. 24.)

- Eine Art **Massage der Magenschleimhaut bei hysterischem Erbrechen** wandte Dr. A. Richter (Münster) erfolgreich an bei einem verzweifelten Falle, wo eine 22jährige Pat. 4 Jahre lang fast täglich mehrere Male erbrach und verschiedene Curen (auch elektrische, Magenspülungen etc.) nichts erreicht hatten. Autor führte einen Magenschlauch mit abgerundeter, geschlossener Spitze so tief ein, bis letztere mit der Funduswand in Berührung kam und nahm dann damit 3—4 Minuten lang geringe Bewegungen auf- und abwärts vor, um jedes Mal die Schleimhaut des Magens mit einem mechanischen Reize zu treffen und dieselbe allmählig an diesen Insult zu gewöhnen, d. h. die Ueberreizung auf diese Weise nach und nach abzustumpfen. Und in der That hörte gleich nach den ersten „Tapotements“ das Erbrechen auf und kam nicht mehr wieder, auch nachdem Pat. nach einigen Wochen aus der Behandlung entlassen worden war, während der eine besondere Diät nicht verordnet wurde (nur Gewürze verboten!). Dass der Heileffect wirklich in einer Herabstimmung der Hyperaesthesia der Magenschleimhaut zu suchen ist, dafür spricht der Umstand, dass die Brechbewegungen, durch das Aufstossen des Schlauches auf die Schleimhaut reflectorisch hervorgerufen, im Laufe der Behandlung immer mehr nachliessen und zuletzt ganz aufhörten. Die Methode ist, wenn



die üblichen Vorsichtsmaassregeln bei Einführung beobachtet und event. Contraindicationen berücksichtigt werden, absolut gefahrlos, wird ja auch beim Herausheben des Probefrühstücks täglich seit jeher geübt.

(Therap. Monatshefte 1898 No. 12.)

### **Osteomalacie.** Einen Fall von O. nach Trauma sah S.-R.

Dr. Thiem (Cottbus) und konnte bei der vorher anscheinend ganz gesunden Frau 2 Jahre lang die allmälige Entwicklung des Leidens beobachten. Die Frau hatte, als der Unfall vorkam, d. h. vor 2 Jahren im September, frische rothe Gesichtsfarbe, einen durchaus regelrecht gebauten Körper, eine Länge von 167 cm, gesunde Organe; sie stammte von gesunden Eltern ab und lebte in guten Wohnungs- und Ernährungsverhältnissen. Als Kind hatte sie nie Zeichen von Rachitis, menstruirte mit 16 Jahren und dann regelmässig weiter. Mit 25 Jahren heirathend, bekam sie im 1. Jahre der Ehe leicht und ohne Kunsthilfe ein Kind, desgleichen 7 Jahre später; beide Kinder leben und sind gesund. Schon das sagt ziemlich klar, dass hier keine puerperale O. vorliegt, die ja fast immer sich zuerst am Becken documentirt; es ist also vollständig ausgeschlossen, dass Pat. bei ihren Entbindungen bereits O. bekam, dass diese dann stillstand und erst erneut ausbrach, als der Unfall eintrat. Was letzteren anbelangt, so hatte Pat. eine vielleicht 40 kg schwere Bürde Grünfutter auf dem Rücken, die sie in den Stall bringen wollte; beim Vorbeigehen an der Scheune wollte sie rückwärts in diese treten, um in ihre dort stehen gelassenen Pantoffeln mit den Füßen zu fahren; sie musste dabei ein unten quer vor die Thüröffnung der Scheune gestelltes Brett (etwa  $\frac{1}{3}$  m hoch) überschreiten, was sie halb seitwärts, mit dem linken Bein zuerst hinübertretend, that; sie hatte aber das Bein zu wenig hoch gehoben, blieb am oberen Rande des Brettes hängen und stürzte nun mit grosser Wucht auf die harte Scheunentenne lang hin, zuerst mit der linken Hüfte den Boden berührend; sie spürte einen heftigen Schmerz in der linken Hüfte, konnte nicht aufstehen und musste ins Bett getragen werden, wohin ein Ziehmann berufen wurde. Derselbe behandelte 4 Wochen, machte

dabei wiederholt „Einrenkungsversuche“, während die Schmerzen immer schlimmer wurden. Dann behandelte ein Arzt und nach 13 Wochen kam Pat. in Thiem's Anstalt. Es lag ein recht gut und fast ohne Verkürzung durch knöcherne Vereinigung geheilter, linksseitiger extracapsulärer Schenkelhalsbruch vor; die Bewegungen im Hüftgelenk wenig beschränkt, der Gang so, dass Patientin aus Scheu vor Schmerzen nur einen Augenblick flüchtig mit dem linken Bein den Boden berührte und dann sofort auf's rechte hüpfte. Ausserdem war bei der — von Kopf bis zu Fuss untersuchten — Frau nichts Krankhaftes zu finden! Auch der Gang besserte sich zusehends, mit der Zeit aber sank Pat. bei jedem Schritt auf der linken Seite immer mehr ein und wiederholte Messungen ergaben, dass das linke Bein kürzer, also durch die Gehversuche unter der Körperbelastung der Callus weich und nachgiebig geworden war, ein Ereigniss, welches wohl jedem Chirurgen bei Schenkelhalsbrüchen schon vorgekommen ist, daher nicht besonders beachtet wurde. Nach 10 Wochen Entlassung. Im November 1897 wieder Aufnahme wegen bedeutender Verschlimmerung, d. h. hauptsächlich Schmerzen im früher gesunden rechten Bein. Autor nahm einfach Ueberanstrengung des letzteren an. 6 wöchentliche Bettruhe, aber ganz ohne Erfolg. Röntgenaufnahme liess links im Hüftgelenk nichts recht deutlich erkennen, rechts aber zeigte sich eine Abbiegung des Schenkelhalses nach unten, neben Verdickung desselben („Coxa vara“). Im März 1898 Entlassung als völlig erwerbsunfähig. Einige Wochen später meldete der Mann, Pat. bekomme kurzen Athem und im Juni kam auch „ein grosser Buckel auf der Brust“ zum Vorschein. In der That sah es aus, als ob unter Verbreiterung des Brustkorbes die Frau von oben her zusammengedrückt wäre. Sie mass nur noch 141 cm, war also um 26 cm kleiner als früher. Das Brustbein zeigte in der Mitte einen stark hervorspringenden, queren Buckel und erschien im ganzen verbreitert, die Schlüsselbeine verdickt, ihr Krümmungsbogen abgeflacht, fast sämtliche Rippen verdickt und abnorm gekrümmt (mittelster Theil stärker gebogen, die vorderen und

hinteren Abschnitte mehr flach), Wirbelsäule derartig verbogen, dass sie einen grossen, in der Mitte am stärksten nach hinten hervortretenden, runden Buckel bildete, — kurz, ausgesprochene O. (im Harn zudem reichlich phosphorsaure Kalksalze!), die hier nur von jenem Trauma ihren Ausgang genommen haben konnte.

(70. Naturforscher-Versammlung in Düsseldorf. —  
Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898 No. 10.)

**Parotitis.** Doppelseitige P. infolge Einpinselung der Haut mit Jodtinctur sahen Rénon und Follet sich entwickeln. Ein 51jähriger Mann hatte sich wegen leichten Hustens die Brust mit Jodtinctur bepinselt. Tags darauf die gepinselte Parthieroth, schmerzhaft, ödematös. Am nächsten Tage Schwellung der linken Parotis; Drüse hart, auf Druck schmerzhaft, Haut geröthet. 3 Tage später ebenso rechte Parotis. Wangenschleimhaut (Pat. leidenschaftlicher Priemer!) und Zähne des Pat. in schlechtem Zustand, Neigung zu Anginen vorhanden. Alles dies schuf vielleicht Prädisposition für P. Aber auch sonst wird P. öfters nach Jodkaligebrauch beobachtet. Guelliot sah eine solche von kurzer Dauer nach Einspritzung von Jodtinctur in eine Hydrocele. Le Gendre erlebte recht oft nach Anwendung von Jodtinctur in grossen Dosen schmerzhaftes Erscheinungen von Seiten der Parotis.

(Société méd. des hôpitaux, 3. VI. 98. —  
Therap. Monatshefte 1898 No. 10.)

**Pemphigus.** Dr. Menzel demonstirt einen Fall von P. der Schleimhäute (Nase, Mund, Rachen, insbesondere Larynx) ohne Mitbetheiligung der äusseren Haut und noch desshalb erwähnenswerth, weil es durch die fortwährend recidivirenden Blasen zur Narbenbildung am Kehlkopfeingang kam. Das Wesen des Processes ist die Bildung von Blasen, die man aber nur selten wegen ihres nur wenige Stunden dauernden Bestandes sieht; sie platzen rasch, die Epitheldecke stösst sich ab. Die dann sichtbaren weissen, landkartenförmig

begrenzten Auflagerungen sind secundärer Natur, echte Exsudatmembranen. Der 34 jährige Patient, Hausdiener, bis vor 2 Jahren stets gesund, erkrankte da mit Brennen und Schmerzen im Munde und Schlunde, sowie zeitweisen Verstopfungen und stärkerer Secretion in der Nase. Er bemerkte damals auch erbsengrosse und noch grössere Blasen an den Lippen und im Munde, die er sich aufriss und den klaren oder blutigen Inhalt entleerte. Als Luetiker angesehen, wurde er specifisch behandelt, ohne Erfolg. Am 2. Juli liess er sich in der Klinik Schrötter aufnehmen; der dort aufgenommene Status deckte sich vollkommen mit dem von heute. Bei der Rhinoscopia anterior zeigt sich in der linken Nase vorn im Septum ein zarter, schleierartiger Belag auf geröthetem Grunde. Bei der Rhinoscopia posterior findet man Röthung und Schwellung der Schleimhaut des Septums, sowie der beiderseitigen Muschelenden und alle diese Parthieen mit theils zarten grauen, theils rein weissen Auflagerungen wie umhüllt. Der harte Gaumen zeigt 2 etwa kreuzergrosse, stark geröthete, scharf begrenzte, unregelmässige Stellen, die mit weissen Exsudatmembranen bedeckt sind, eine ebensolche links an der Wange entsprechend dem Unterkieferwinkel. An der hinteren Rachenwand eine etwa guldenstückgrosse, stark geröthete und geschwollene Parthie, an welcher das Corium blossliegt. Von dieser Stelle behufs Untersuchung entfernte Auflagerungen erneuerten sich immer schon nach mehreren Stunden. Röthung, Schwellung, Auflagerung von Exsudatmembranen (confluirte) auch an der lingualen Fläche der Epiglottis, an den Wänden des Aditus ad laryngem, der beträchtlich verdickt und verengt ist, sowie an der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand und in den beiden Sinus pyri-formes (tiefere Theile des Oesophagus scheinen nicht afficirt zu sein). Kehlkopfeingang in einen nach rückwärts stehenden Narbentrichter verwandelt. Das Merkwürdige an solch chronischem P. der Schleimhaut ist, dass sich (wie auch hier!) die neuen Efflorescenzen nicht an beliebigen Stellen etabliren, sondern immer wieder auf denselben wenigen Stellen. Der Verlauf einer solchen Efflorescenz ist *folgender*: Auftreten einer Blase, Platzen der Decke



und Abstossung derselben (1—2 Tage), Exsudation auf die Oberfläche der Schleimhaut in Form der weissen Membranen. Diese bleiben oft Wochen lang, stossen sich manchmal ab, um rasch wieder erneuert zu werden. Endlich erneuert sich die Membran nicht mehr und es besteht nur eine intensiv rothe, wie überfirnisst aussehende Stelle, die dann ablassen kann, oder es kommt nach längerer Zeit wieder an dieser Stelle zu einer Abhebung der noch wunden Oberfläche, welche aber bereits eine Neigung zur Heilung gezeigt hat. Es entsteht also wieder eine, jedoch nur niedrige, schwappende Hülle auf der unterdessen wieder stärker gerötheten und geschwollenen Schleimhaut. Diese platzt neuerdings, die Decke stösst sich rasch ab, wieder Exsudatbildung. Eine Therapie ist aussichtslos.

(Wiener medle. Club, 16. November 1898. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 49.)

- Einen **Beitrag zur Kenntniss des P. neonatorum acutus** liefert Dr. Bernstein (Cassel). Am 26. Juli 1897 wurde ein 8 Wochen altes Kind in die Sprechstunde gebracht, das bereits seit 14 Tagen mit Blasen auf der Haut behaftet war. Gut genährter männlicher Säugling mit einem dem Alter entsprechenden Panniculus adiposus. Die ganze Körperoberfläche roth. Auf dem gerötheten, aber nicht infiltrirten Grunde vereinzelte, über den ganzen Körper zerstreute, kreisrunde, linsen- bis markstückgrosse, prall gefüllte Blasen. Neben dieser verhältnissmässig kleinen Zahl von Blasen sehr zahlreiche, dicht beieinander sitzende, kreisrunde, pfennig- bis markstückgrosse bräunlich aussehende, mit dünnen, von der Unterlage abgehobenen, zum Theil geplatzten Epidermishäutchen bedeckte Stellen, die offenbar eingetrocknete Blasen darstellen. Flachhand und Fusssohlen frei. Bis zum 4. August war unter indifferenter Therapie (Kleiebäder und Puder) der Ausschlag abgeheilt, die Haut abgeblasst. Bei ihrem ersten Erscheinen hatte die Mutter erklärt, noch 2 andere von ihren Kindern hätten seit einigen Tagen Hautausschläge. Es wurde daraufhin die ganze Familie beobachtet, in der dann noch ein 4. Kind und die Mutter selbst erkrankten, nämlich: Fall 2. Der 3jährige Anton St. zeigt am 1. August 20—30 kreisrunde, pfennig- bis zweimarkstückgrosse, mit bräunlich-

schwarzen Krusten belegte, über den ganzen Körper verstreute Stellen, aber keine Blasen. Am 8. August fand Autor von solchen Krusten auf Brust und Bauch 16, auf Rücken und Nacken 20, auf dem Gesäss 8. Die Krusten waren meist von einem schmalen rothen Hof umgeben. Zwischen den auf Rücken und Nacken vertheilten Krusten waren diesmal, wenn auch in geringer Zahl, kleine, mit gelblicher Flüssigkeit angefüllte, auf nicht infiltrirter und nicht gerötheter Grundlage aufsitzende Blasen sichtbar. Eine bezüglich der Grösse, Halbkugelform und Prallheit besonders schön ausgebildete Blase fand sich unterhalb der rechten Patella, mit ihren Conturen unmittelbar ins Gesunde übergehend. Allgemeine Körperröthe bestand nicht. Fall 3. Die 7 Jahre alte Gertrud St. zeigt am 27. Juli eine einzige, an der radialen Seite des linken Vorderarmes sitzende, zweimarkstückgrosse, kreisrunde, mit rothem Hof umgebene, schwarzbräunliche Kruste. Am 4. August besteht dieselbe noch. Es sind aber weitere gleichgeartete Krusten und zwar am linken Ellenbogen 2, auf dem Rücken, in der rechten Achselhöhle und am linken Mundwinkel je eine sichtbar. Auf den Bauchdecken und am linken Unterschenkel sind ausserdem stecknadelkopf-, zum Theil auch linsen- bis pfenniggrosse, wasserhelle, runde, ins Gesunde direct übergehende Blasen, im ganzen etwa 8 vorhanden. Fall 4. Die 4jährige Martha St. zeigte am 12. August je eine Kruste unter dem Knie und am Mons veneris, 2 grosse unter dem Gesäss, nach Form, Grösse etc. den geschilderten analog. Fall 5. Die Mutter zeigte am 12. August je eine Kruste am linken Mundwinkel und am 4. Finger der linken Hand. Letztere ist in ihrem Entstehen als Blase von der Trägerin genau beobachtet worden. Keine weiteren Efflorescenzen. Die Therapie bei Fall 2, 3, 4 bestand in Kal. permang.-Bädern; die vollkommene Abheilung zog sich bei ihnen mehrere Monate hin. Von dem Inhalt der bei Fall 2 erwähnten Blase impfte Autor sich selbst auf einen Arm an 2 Stellen ab, mit negativem Resultat! — Was lag in obigen Fällen vor? Der Säugling mit seiner allgemeinen Hautröthe, mit den auf nicht infiltrirter Basis aufsitzenden, prall gefüllten, halbkugeligen, bis zweimarkstückgrossen, ohne erkennbare Prädilection der Oertlichkeit auftretenden Blasen, bot das Bild des *P. acutus neonatorum* dar;

das Freibleiben von Fusssohle und Flachhand, das Abheilen unter indifferenter Therapie, das Fehlen sonstiger Zeichen hereditärer Lues schloss die syphilitische Natur aus. In Betracht kamen noch: *Impetigo contagiosa*, *Urticaria bullosa* und *Varicellen*. Aber bei allen diesen stehen die Blasen auf infiltrirtem Grund, sind nicht so prall gefüllt und erreichen nicht die Grösse wie hier; man hatte ausserdem nicht einmal die den *Varicellen* eigenthümliche *Primärefflorescenz* der linsengrossen Papel mit stechnadelkopfgrossen Bläschen in der Mitte, nicht einmal eine blosse Quaddel wie bei *Urticaria bullosa* und die der *Impetigo contagiosa* eigenthümliche *Localisation* angetroffen. Auch bei den übrigen Pat. waren daher diese 3 Affectionen auszuschliessen; überall, soweit frische Efflorescenzen zu Gesicht kamen, zeigten diese alle Eigenschaften der Pemphigusblase und man musste das Contagium des Säuglingspemphigus aetiologisch heranziehen. Es lag einer der seltenen Fälle von Uebertragung des Säuglingspemphigus auf ältere Individuen vor, bei denen allerdings das Bild etwas abweicht; der Mangel der allgemeinen Körperröthe, die geringe Anzahl der Efflorescenzen, die dickeren Krusten und die längere Dauer hoben sich von demselben ab. Der negative Erfolg der Impfung spricht nicht gegen die Contagiosität, sondern beweist nur, dass uns die Bedingungen für die Haftung des Contagiums noch nicht genügend bekannt sind.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1898. Bd. 28 No. 1).

**Pleuritis.** 1897 empfahl Dr. H. Neumann (Potsdam) **Wernarzer Brunnen** gegen *P. exsudativa*. Daraufhin behandelte jetzt Dr. Brückner (Neubrandenburg) 3 Fälle von massigem pleuritischen Exsudat mit diesem erdig-alkalischen Sauerling aus Bad Brückenaue und zwar mit frappirendem Erfolge. Von den 3 Fällen war der eine noch im floriden, fieberhaften Stadium, die anderen bereits im ausgebildeten. Die Punction ergab seröses Exsudat. Alle Mittel waren schon erfolglos angewandt worden (so *Natr. salicyl.*, Jodkalium, verschiedene Diuretica und Drastica, *Tinct. Jodi*, Priessnitz'sche Wickelungen, Ganzpackungen, warme Bäder mit Einwickelungen),

nichts hatte eine Veränderung hervorgebracht. Da liess Autor täglich 1 Flasche Wernarzer trinken (und Priessnitz weiter machen). Schon nach der 1. Flasche Besserung bemerkbar, die Diurese steigerte sich bis  $3\frac{1}{2}$  Liter in 24 Stunden bei subjectivem Genesungsgefühl. Die Grenzen des Exsudats verschoben sich dann von Tag zu Tag, sodass 2 Mal nach 10 Flaschen, 1 Mal nach 15, unter Auftreten einer wahren Harnfluth Restitutio ad integrum erzielt war. Der Erfolg erwies sich auch als dauernd, Nachkrankheiten oder Rückfälle blieben aus.

(Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 46.)

**Syphilis.** Einen Fall von Struma congenita bei elterlicher S. publicirt Dr. M. Fürst (Hamburg). Dass die S. gleich anderen Infectiouskrankheiten Schilddrüsenvergrösserung bewirken kann, ist längst bekannt. Es wies dann an einem grossen Krankenmaterial Engel-Reimers nach, dass die in der Frühperiode der S. ungemein häufig beobachtete Schilddrüsenanschwellung nicht als eine durch andere Ursachen bedingte Complication, sondern als eine directe Folge der S. anzusehen ist. Die congenitale Struma ist selten. Firbar theilte (1896) 3 eigene Fälle, ohne Syphilisätiologie, mit, wo die angeborene Struma auf Jodkalibehandlung (Klysmata) zurückging. Congenitale Struma bei einem hereditärsyphilitischen Kind sah Demme, der in einem Falle Gummiknoten der Thyreoidea beobachtete; es handelte sich hier um S. hereditaria tarda. Fürst beobachtete nun folgenden Fall: Ein Mann inficirte sich vor  $5\frac{1}{2}$  Jahren und wurde zuerst ohne Quecksilber, dann mercuriell behandelt, worauf er — vor 3 Jahren — heirathete. Seine gesunde Frau wurde bald gravid; im 7. Monat hörten die Bewegungen der Frucht auf, es kam zur Geburt eines Foetus sanguinolentus. Die Frau, welche keinerlei Zeichen von S. darbot, wurde erst anti-syphilitisch behandelt, als eine 2. Schwangerschaft eingetreten war (der Gatte war natürlich inzwischen ebenfalls zu einer energischen Hg-Cur veranlasst worden). Sie brachte ein ausgetragenes Kind von allerdings recht zarter Constitution zur Welt. Sofort



nach der Geburt wurde an dem Kinde ein ziemlich grosser Tumor in der vorderen Halsgegend bemerkt, eine Struma von mehr als Wallnussgrösse. Diese ging nun im Verlauf der ersten 6 Lebensmonate ohne jede Therapie so zurück, dass die darüber liegende Haut in Falten herunterhing und jetzt zeigt das im Uebrigen vollständig gesunde und bei Soxhleternährung kräftig entwickelte Kind von 10 Monaten zwar noch eine Schilddrüse, die etwas grösser ist, als sonst in diesem Alter, was aber nur dem Arzt auffällt, während sonst das Kind als gesundes, kräftiges Mädchen imponirt. Dies Wohlbefinden, dies Freibleiben von Zeichen der S. ausser eben der Struma, die aber auch spontan verschwand, ist zweifellos der kräftigen Mercurialisierung der Mutter während der Gravidität zu danken, die Struma selbst aber war, zumal in den Familien der Eltern Kropf nicht vorhanden ist, auch sonstige ätiologische Momente fehlen, sicher ein Symptom der vererbten S., welche sich hier allein in der Schilddrüse manifestiren konnte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 46.)

- Einen **Fall von S. hereditaria tarda** theilt Dr. J. Karcher (Basel, Kinderspital) mit. Späterscheinungen der S. hereditaria tarda verlaufen gewöhnlich unter dem Bilde der tertiären acquirirten S. und die Differentialdiagnose zwischen congenitaler und erworbener S. bietet desshalb oft grosse Schwierigkeiten, zumal wenn auch, wie es meist der Fall ist, die Anamnese im Stich lässt. Letztere ist also sehr wichtig, wie auch der von Karcher mitgetheilte Fall zeigt: Am 13. November 1898 wurde ein 11jähriger Knabe ins Spital gebracht wegen Drüsenschwellungen am Halse, die angeblich seit 4 Wochen bestanden und stetig zunahmen, womit Schluckbeschwerden verbunden sind, die aber Pat. wenig beachtete. Status: An dem blassen, etwas mageren, sonst aber gut entwickelten Knaben fällt bei den ersten Worten die näselnde Stimme auf, sowie die Behinderung, die ihm das Schlucken des offenbar in vermehrtem Maasse gebildeten Speichels verursacht. An Augen und Ohren nichts Abnormes, an der Nase kleine Borken. An beiden Mundwinkeln streifige Narben. Gebiss, abge-

sehen von 2 cariösen Molaren, sehr schön und gut gebildet. Zunge blauroth, breit, von tiefen Furchen durchzogen. Weicher Gaumen, Uvula und Gaumenbögen geröthet und geschwollen; der linke Arcus palatoglossus gegen die Uvula hin zerfranzt, der intensiv geröthete linke Arcus palatopharyngeus besitzt in seiner oberen Parthie eine linsengrosse Perforation. An der linken hinteren Pharynxwand befindet sich ein breites, flaches, belegtes, bis gegen die Epiglottis hin reichendes Geschwür. An der Wurzel der Uvula nach rechts hin eine hirsekorn grosse Ulceration. Alle fühlbaren Lymphdrüsen vergrössert, hart; besonders vergrössert — ganz nach Art scrophulöser Lymphome — sind die Submaxillar- und Submentaldrüsen, weniger die Nuchal-, Cubital-, Inguinaldrüsen. Anus und Genitalien ohne Besonderheiten, ebenso Skelett, die inneren Organe, der Urin. — Es handelte sich offenbar um tertiäre S. War diese congenital oder acquirirt? Die Mutter verwickelte sich bei der Anamnese so in Widersprüche, dass nichts zu eruiren war, Pat. selbst bot von Zeichen congenitaler S. nur höchstens die Narben an den Mundwinkeln dar, alles Andere, so die körperlichen und geistigen Entwicklungsstörungen, die Hutchinson'sche Trias fehlten durchaus, wogegen manches, z. B. der objective Befund am Rachen, besonders die Röthung und Schwellung der Umgebung der Geschwüre und die starken Lymphdrüsenanschwellungen, sehr für acquirirte S. sprachen. Und doch lag letztere nicht vor, wie die Journale der Klinik und Poliklinik lehrten, wo die Eltern des Pat., die Geschwister und er selbst früher behandelt worden waren; es zeigte sich, dass der Vater syphilitisch war, die Mutter inficirt hatte, Kinder mit hereditärer S. vorhanden waren und auch der jetzige Pat. bereits früher Erscheinungen gehabt hatte, die als syphilitische anzusehen waren, damals allerdings noch nicht sicher als solche erkannt wurden (1 Mal Pharyngitis, 1 Mal Knochenschwellungen). Jetzt wurde natürlich eine specifische Cur eingeleitet (4 Wochen lang täglich 2 gr Ung. ciner.), worauf erhebliche Besserung eintrat, die, nachdem Pat. noch 6 Wochen lang 1 gr Jodkali pro Tag erhalten, in vollständige

Heilung (nicht nur der Localsymptome, sondern auch bezüglich des allgemeinen Ernährungszustandes und Befindens) übergang.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1899 No. 1.)

— **Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand** sind recht selten. Dr. H. Bergeat (München) sah jüngst einen solchen Fall. Ein 36 jähriger Mann klagt über mühsames Schlingen und Verschleimung des Halses, welche Beschwerden sich vor einigen Monaten eingestellt und bisher ohne Erfolg behandelt worden wären. Objectiver Befund an der hinteren Rachenwand: Tiefe, bis auf die sofort zu schildernden Flecken gleichmässig über die gesamte hintere Rachenwand verbreitete Röthe, welche bei der Blässe der übrigen Schleimhaut noch auffälliger ist; Turgescenz und feuchter Glanz alles wie bei hypertrophischer Pharyngitis; Granula und grössere Secretmassen fehlten. Innerhalb der rothen Rachenfläche erhoben sich in sanfter Wölbung 5 senkrecht von oben nach unten ziehende parallele Felder, deren je eines in den seitlichsten Parthieen, je eines etwa in der Mittellinie jeder Hälfte und ein letztes in der Mittelparthie der Gesamtwand, jedoch breiter nach rechts hin sich ausdehnend, lag. Es glichen die Erhebungen einer Reihe gerader, nicht ganz gleichbreiter Wellen, die von einer Seite des Rachens zur anderen hinüberspielten. Das Bild wurde noch vervollständigt durch die schaumkronenähnliche Epitheltrübung der Wellenberge. Diese Trübung stellte flache, senkrechte Streifen von 2—3 mm Breite auf der Kuppe der Schleimhautwülste dar; ganz in der bekannten hellgrauen Farbe sonstiger Schleimhautpapeln, war sie in der Mitte der Streifen am intensivsten und verringerte sich dann gleichmässig nach den Rändern hin. Bei einfacher Besichtigung der Rachenwand oberes Ende der Plaques nicht zu erblicken; mit dem Nasenrachenspiegel sah man, dass sie sich unter Verflachung verloren. Unten hatten sämtliche Trübungen und Wülste einen halbkreisförmigen Abschluss, der mittelste, schmälste Wulst in der Höhe des Kehldeckelrandes, die anderen einige Millimeter tiefer. Membrum frei. Mehrere Plaques auf den



Gaumenmandeln und am Zungenrunde. Kehlkopf etwas katarrhalisch afficirt. Als sich Pat. 14 Tage später nach Verbrauch von etwa 3 gr Hydrarg. tannic. oxydul. in Pillen und fleissigen Gurgelungen mit Sublimat (1:5000) wieder vorstellte, waren alle Plaques und zugleich die Röthe der Rachenwand verschwunden, ebenso des Kehlkopfes; alles erwies sich als normal. — Seither ist Autor in der Lage gewesen, die auffällige Aehnlichkeit zwischen diesen breiten Condylomen der Rachenwand undluetischen Infiltrationen vorn in der Mitte des weichen Gaumens zu beobachten; die letzteren zeigen dasselbe Verstreichen des einen, hinteren und denselben abgerundeten Abschluss des anderen, vorderen Endes, dagegen stehen sie viel dichter aneinander. Vielleicht sind dieluetischen Epitheltrübungen der hinteren Rachenwand manchmal desshalb der Diagnose entgangen, weil sie auf den ersten Blick die grösste Aehnlichkeit mit senkrecht herabfliessenden Schleimbächen haben; es würden aber Gurgelungen oder besser noch horizontales Abfegen der Rachenwand mit einem Wattebäuschchen die regelmässige Linie solcher Schleimstreifen zerstören, jene der Epitheltrübungen unverändert lassen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

- Eine Frau mit **multiplen extragenitalen Primäraffecten des Gesichts** stellte Dr. Hahn vor. Pat. inficirte sich bei der Pflege eines hereditär-syphilitischen Kindes dadurch, dass ihr beim Baden desselben Wasser ins Gesicht spritzte, als sie gerade einen während der Menstruation entstandenen Herpes am Munde hatte. Entsprechend den Herpesbläschen entstanden 3 Initialsklerosen am Kinn und 2 an der Oberlippe. Grosse indolente Schwellung der Submental- und Submandibulardrüsen folgten zunächst, später Allgemeinerscheinungen, Roseola, Schilddrüsen-schwellung.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 29. XI. 98. —

Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 49.)

- Die **Differentialdiagnose zwischen S. und Lupus** war schwierig in einem von Doc. Dr. Grossmann demonstirten Falle: Pat. wurde von der Prof. Lang'schen Klinik am 7. October behufs Aufnahme eines laryngo-



rhinoskopischen Befundes zugeschickt. In der Mitte des weichen Gaumens, in der Nähe der stark hypertrophirten, wie granulirend aussehenden Uvula 2 kleine narbige Vertiefungen mit glatten Rändern, den Gaumen nicht in der ganzen Dicke durchsetzend. Sonde nicht passirbar. Vom Arcus palatopharyngeus ziehen beiderseits Narbenstränge symmetrisch gegen die hintere Pharynxwand, bogenförmig gegen abwärts convergirend und die Communication zwischen Nasen- und Mundhöhle verengend. Im Larynx an Stelle der wahren Stimmbänder 2 Wülste, Sinus Morgagni ganz verwischt. Bei der Phonation nähern sich die beiden Wülste, in der Mitte der Glottis eine ovale Spalte offen lassend; bei der Inspiration gehen dieselben wieder auseinander. Beide Aryknorpel, namentlich der rechte, plump verdickt, ebenso die beiden Aryepiglottisfalten. Kehldeckel an seiner laryngealen Fläche granulirend, zeigt links einen bereits vernarbten Substanzverlust. Septum narium in grossem Umfange perforirt. An den einzelnen Nasenmuscheln rechts und links mit Eiter belegte Substanzverluste. Der 29 jährige Patient war bis zum 14. Lebensjahre gesund, dann begann sein jetziges Leiden. Mutter und 1 Bruder litten höchst wahrscheinlich an Lues! Ueber den Status am Gesicht lautete das Protokoll der Klinik Lang: „Die Nase bis an die Nasenwurzel, sowie nach beiden Seiten hin die angrenzenden Wangenparthieen, die Oberlippe ihrer Gänze nach, der rechte Mundwinkel und der entsprechende Antheil der Unterlippe eingenommen von einem zusammenhängenden Krankheitsherde, innerhalb dessen die Haut braunroth verfärbt, derb infiltrirt, zum Theile narbig und platt erscheint, andererseits stellenweise hanfkorn- bis bohnen-grosse, bräunliche Krusten trägt, nach deren Abheben eine leicht blutende, matsche, schwammige Geschwürsfläche zu Tage tritt. Ueberdies weist die infiltrirte Haut zahlreiche, halberbsengrosse, dicht und unregelmässig neben einander stehende, mit Epithel ausgekleidete, narbige Vertiefungen auf, die dem Ganzen ein honigwabenähnliches Aussehen geben. Dabei erscheint der rechte Nasenflügel consumirt, die Haut, in der Umgebung narbig eingezogen, das Septum narium verdickt, gleichfalls mit Krusten bedeckt, der linke Nasenflügel am

unteren Rande ebenfalls consumirt, verdickt, geschwellt, infiltrirt, zum Theil mit Borken bedeckt“. Also: Das classische Bild von Lupus der Nase, Wange, Ober- und Unterlippe, sodass man die Veränderungen in der Mund-, Rachen- Kehlkopf- und Nasenhöhle ebenfalls als Lupus ansprechen musste (Pat. war auch früher an Lupus behandelt worden!). Und doch stellte Grossmann sofort die Diagnose auf *S. hereditaria tarda*, indem er sich Folgendes sagte: Wenn auch bei Lupus einzelne Geschwüre vollkommen ausheilen und solid vernarben können, gehört es doch zu den allergrössten Seltenheiten, dass diese Narben an der Nase und in der Kehlkopf-, Mund- und Rachenhöhle mehr als ein Jahrzehnt unangefochten bleiben und das Zerstörungswerk eine solange Pause macht. Auch Lang diagnosticirte *S.* und die specifische Behandlung hatte glänzenden Erfolg. Die Infiltrate an der Oberfläche der Nase, der Lippen und Wange sind geschwunden, die Ulcerationen fast alle verheilt; Configuration des linken, wahren und falschen Stimmbandes bereits deutlich ausgesprochen, auch der Sinus Morgagni sichtbar; auch rechts bereits Besserung; Uvula stark abgeschwollen, Infiltration vollkommen weg.

(Wiener laryngolog. Gesellschaft, 1. December 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 51.)

- **Syphilitische Reinfection** beobachtete Borowski bei einem Officier, den er seit seiner 1. syphilitischen Infection (mit charakteristischem Verlauf) im Auge behalten hatte. Die Recidive derselben liessen jedesmal bei specifischer antiluetischer Behandlung bald nach. 7 Jahre nach der 1. Infection frische Induration an der Vorhautschleimhaut, Verhärtung der Drüsen, Roseola am ganzen Körper und linsenartige Papeln. Nach specifischer Behandlung nur noch 1 Recidiv. — Auch Zechanowitsch berichtet über einen derartigen Fall, bei dem aber bei der neuen Infection noch gleichzeitig Erscheinungen einer alten bestanden (Gumma am Unterschenkel, Periostitis der Tibia), die der jetzt 24jährige Soldat sich nicht hatte specifisch behandeln lassen.

(Wratsch 1898 No. 43. —

Revue der russischen medic. Zeitschriften 1898 No. 11/12.)

— Ueber **Dosirung des Jods bei der Behandlung der S.** giebt Stabsarzt a. D. Dr. Radestock (Dresden) Rathschläge. Wenn man Erfolge haben will, muss man oft zu sehr grossen Dosen greifen, über deren Bemessung und Berechtigung bei den Aerzten vielfach Unklarheit herrscht, zumal in den Lehrbüchern oft 0,5 als Einzel-, 3 gr als Tagesgabe angegeben wird. Diese Dosen sind viel zu klein. Schon Schuster hat Tagesgaben von 20–30 gr empfohlen und auch Radestock kann solche Jodkaligaben, namentlich wo kleineren nicht helfen und rasche Hilfe nöthig ist, nur dringend anrathen. Ein Pat. hatte bei einer schmerzhaften Dactylitis syph. 2 Tage je 3 gr Jodkali ohne jeden Erfolg genommen; nachdem Autor 25 gr (an einem Tage in 5 Theilen zu nehmen) verordnet, schwand die Affection über Nacht (ohne jede Nebenerscheinung!). In anderen Fällen trat Erfolg nach wiederholten Einzelgaben à 3 gr (Tagesdosis 10–20 gr) ein (in einem grossen Glase Wasser schluckweise). Nach solchen Gaben ist der Jodschnupfen nie grösser als bei kleinen und bei genügender Verdauung fehlen auch Magenbeschwerden. Will man billig ordiniren, so reiche man Tinct. Jodi 3 Mal täglich je 10, aber auch bis 20, ja 30 Tropfen!) in Syrup oder verdünntem Wein. Auch Brown-Séguard's Lösung ist empfehlenswerth:

Rp.

*Jod 0,4*

*Kal. jod. 2,0*

*Aq. dest. ad 50,0*

s. 3 Mal tägl. 1 Kaffeelöffel in 1 Glas  
verdünnten Rothweins (vor dem Essen).

(Therap. Monatshefte 1898 No. 10.)

**Tumoren.** 3 Fälle von schwerer psychischer Alteration nach Castration erlebte Schmitz (Bonn). Alle 3 kamen nach Myomoperationen zustande, wohl einerseits durch die Ausscheidung der Genitalien aus dem Organismus an sich (jedenfalls sondern z. B. die Ovarien nicht nur im geschlechtsreifen Alter, sondern auch vor der Pubertät und im Climacterium wichtige Säfte ab, deren Verlust schädigend wirkt), andererseits durch den schweren Eingriff selbst, der

eine directe Schädigung auf das Nervensystem ausübt. Man sollte daher bestrebt sein, bei gutartigen T. des Uterus die sonst gesunden Ovarien zu erhalten.

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 42).

- **Bilaterale Mammacarcinome** sah Prof. Albert (Wien) nur 4 Mal, was die grosse Seltenheit dieser doppelseitigen T. beweist.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 2.)

- Einen **Fall von Pankreascarcinom** beschreibt Dr. W. Mager (Wien, III. medic. Klinik): Es wurde ein 53 jähriger, hereditär nicht belasteter Mann am 21. November 1898 aufgenommen, der bis August 1898 gesund war. Erst da begann die jetzige Krankheit und zwar mit Schmerzen im Abdomen, hauptsächlich in der Gegend des linken Hypochondriums localisirt, von hier gegen den Rücken ausstrahlend (anfallsweise, doch meist auch in der Zwischenzeit dumpfes Schmerzgefühl, heftiger werdend nach reichlicher Mahlzeit). Oefters Aufstossen (säuerlich), ohne Erbrechen (solches erst Tags vorher zum 1. Male, wobei grössere Massen dunkelbrauner Flüssigkeit eliminirt wurden), schlechter Appetit, Stuhlverstopfung (oft 1 Woche lang), in der letzten Zeit starke Abmagerung. Status praesens: Kräftig gebauter, blasser Pat. mit schlaffer Muskulatur und geschwundenem Panniculus adiposus. Am ganzen Körper, besonders am Gesicht und Hals, Haut von schiefergrauem, glänzendem Aussehen (Skleren weiss, auch sichtbare Schleimhäute normal verfärbt). Temp. 36,9°, Puls (72) schwach, wenig gespannt, Athmung (26) leicht dyspnoisch. Thoraxorgane normal. Abdomen stark aufgetrieben, gespannte Hautdecken; Palpation (besonders links) schmerzhaft; durch die Bauchdecken wölbt sich ein Tumor vor, der, aus dem linken Hypochondrium kommend, mit seiner bogenförmigen unteren Grenze bis 3 Querfinger unter den Nabel reicht, mit seiner oberen Grenze 2 Querfinger über den Nabel verlaufend, in der rechten Mammillarlinie mit der Vereinigung der oberen und hier steil ansteigenden unteren Grenze scharf endigt; Consistenz dieser Vorwölbung stark elastisch, stärkere Resistenz nicht fühlbar; Percussion ergiebt über dem



linken Hypochondrium und im Bereiche der sichtbaren Grenzen der Vorwölbung nicht tympanitischen, hellen, vollen, metallisch klingenden Schall, am übrigen Abdomen hellen, vollen, tympanitischen. Leber reicht von der 5. Rippe bis zum Rippenbogen, nicht palpabel. Pat. erbricht häufig; das Erbrochene flüssig, schwarzbraun; Reaction sauer, 2‰ Gesamtaacidität; Nachweis von Salzsäure negativ, Milchsäure positiv. Harn lichtgelb, stark durch Urate getrübt; viel Indican, kein Eiweiss oder Zucker. Auf Irrigation massiger Stuhl, lehmartige Consistenz, schiefergraue Farbe (einzelne Theile fast rein weiss; mikroskopisch: Fett). Pat. collabirt trotz Excitantien am nächsten Tage immer mehr und stirbt. Die Diagnose war auf eine durch maligne Neubildung hervorgerufene Pylorusstenose mit consecutiver hochgradiger Dilatation des Magens gestellt worden. Der Fettstuhl wies aufs Pankreas hin, dessen Lage es ja auch bedingen kann, dass durch einen sich in seinem Kopf entwickelnden Tumor der Pylorus und das Duodenum obturirt und infolgedessen der Magen ektasirt wird. Gegen Pankreascarcinom sprach das Fehlen des Icterus (und auch des Zuckers), wogegen das Fehlen freier Salzsäure im Erbrochenen auf directe Erkrankung des Magens, Carcinoma ventriculi, hinwies. Die Section ergab nun hauptsächlich: Fibröses Carcinom des Körpers und Schweifes des Pankreas, Schwielenbildung und Stricturng des Duodenums beim Uebergange ins Jejunum, hochgradigste Dilatation des Duodenums und Magens. Das Freibleiben des Kopfes vom Pankreas erklärte nunmehr das Fehlen des Icterus. Trotzdem aber ein grosser Theil der Drüse und gerade der dem Ausführungsgange zunächst liegende und dieser selbst intact waren, war es doch zum Ausfalle einer Function des Pankreassaftes, zur fehlenden Fettverdauung gekommen. Dass hierbei aber die innere Function der Drüse nicht gelitten hatte und Zucker im Harn fehlte, war beachtenswerth. Wichtig erscheint auch die Stricturng des Darmtractus. Fälle von Compression und Obturation des Duodenums bei Carcinomen im Pankreaskopfe sind bekannt; auch Stenosirung des Pylorus, des Colon, der

Ureteren und der Gefässe von Seiten eines Pankreastumors sind beobachtet worden. Hier ist es zu einer Verengerung der Uebergangsstelle des Duodenum ins Jejunum gekommen; durch diesen Sitz war vorerst eine enorme Erweiterung des ganzen Duodenum und dann erst Dilatation des Magens entstanden und sowohl der Tumor als die Peristaltik des Duodenum waren durch den darüber gelagerten erweiterten Magen der Beobachtung entzogen. Die schiefergraue Hautverfärbung war bedingt durch reichliche Einlagerungen von feinkörnigem Pigment in den tiefen Schichten des Rete Malpighii, wobei aber die Nebennieren nichts Pathologisches aufwiesen (auch Arsen war nicht genommen worden!), sodass wohl die Pankreasaffection schuld sein musste. Wäre Icterus früher vorhanden gewesen, so hätte sich das erklärt, indem in der Haut zurückgebliebener veränderter Gallenfarbstoff verantwortlich zu machen gewesen wäre. Aber Icterus fehlte stets (Broncediabetes, eine Erkrankung, bei welcher gleichzeitig Leber, Milz und Pankreas verändert sind, macht auch Melanodermie, war aber hier, da die Leber intact, auszuschliessen!), sodass der Fall den wenigen Fällen von Pankreasaffectionen mit Broncefärbung der Haut zuzuzählen ist, wo eben die Aetiologie der Pigmentation ganz dunkel bleibt.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 1.)

— Einen **Fall von traumatischer Lymphcyste am Unterschenkel** stellte Docent Dr. O. Zuckerkandl vor: Pat., eine 67jährige Frau, fiel vor  $1\frac{1}{2}$  Monaten vom Tische und stiess mit dem Unterschenkel gegen die Kante einer Kiste; sie verspürte einen heftigen Schmerz und in den nächsten Tagen entwickelte sich an der verletzten Stelle eine allmählig zunehmende Geschwulst. Autor sah die Frau 1 Woche nach dem Unfall; im oberen Dritttheil des rechten Unterschenkels, der Tibia aufsitzend, scharf umschriebene, prominirende, prall gespannte Geschwulst von Faustgrösse, allenthalben Fluctuation zeigend, (keine blutige Suffusion, keine Verletzung der Haut!). Punction; wasserhelle Flüssigkeit,

bei der Prüfung sich als Lymphe charakterisirend. An der Innenseite des Unterschenkels verlaufen grössere Lymphgefässe und gerade an der Stelle, welche dem Sitz der Geschwulst hier entspricht, befinden sich ca. 7 Lymphstämme, vielfach unter einander anastomosirend und ein förmliches Netz bildend, welches, der Tibiafläche aufliegend, die Kante des Knochens nach aussen um ein Geringes überschreitet. Die knöcherne Unterlage mag es erleichtert haben, dass es durch ein relativ geringes Trauma zur Ruptur eines oder mehrerer Lymphstämme und Bildung der seltenen Geschwulstform kam.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 4. Nov. 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 45).

- Ueber **traumatische Exostosen** berichtet Dr. B. Honsell (Tübingen, chirurg. Klinik): „Während die ätiologische Bedeutung des Unfalls für die Entstehung der Geschwülste im Allgemeinen noch als recht fragwürdig bezeichnet werden muss, lässt sich doch bei einzelnen, den echten Geschwülsten mehr minder nahestehenden Neubildungen ein ursächlicher Zusammenhang mit einem oder mehreren vorausgegangenen mechanischen Insulten mit grösserer Regelmässigkeit feststellen. Hierher gehören die Chondrome und Sarkome der Knochen, ferner eine Reihe von osteomartigen Bildungen, wie die sogen. muskulären Osteome, dann Knochenauswüchse an Fracturstellen und Amputationsstümpfen, endlich periostale Exostosen ohne Beziehung zu einer Continuitätstrennung des Knochens. Die letzteren werden vorzugsweise nicht auf eine mehrmalige traumatische Reizung, sondern auf einen einmaligen Unfall zurückgeführt.“ Ein 28jähriger Mann erhielt durch einen Hufschlag eine Weichtheilswunde an der Aussenseite des linken Oberschenkels, die schnell heilte; an der Stelle aber bildete sich nach der 2. Woche eine druckempfindliche Geschwulst, die nach 11 Wochen über mannsfaustgross war und dem Femur fest aufsass. Der nach 3 Monaten extirpirte Tumor, eine typische Exostose, hatte eine vielhöckrige Oberfläche, 15 cm Länge, 4 cm Breite, 5½ cm Höhe. Auch die 2. Pat., eine 21 Jahre alte Magd, wurde am 24. Juni 1897 von einem Huf-



schlage an den rechten Oberschenkel getroffen. 14 Tage später klagte sie über allmähliche Schmerzhaftigkeit bei Kniebewegungen und Anschwellung des Oberschenkels, wo sich eine umschriebene, nussgrosse, auf Druck schmerzhaft Anschwellung befand, die Ende Juli zurückging, aber seit Mitte August rapid zunahm. Am 24. September handbreit über der Kniescheibe eine 20 cm lange, 10–12 cm breite, harte Geschwulst zu fühlen, die am 9. October entfernt wird, nachdem die dreimarkstückgrosse Basis abgemeisselt war. Sie bestand aus einer stellenweise knorpligen, grösstentheils verknöcherten typischen Exostose. Das klinische Bild entspricht durchaus nicht der gewöhnlichen Exostose, die aber doch durch den pathol.-anatom. Befund bestätigt wurde. Man nahm bisher langsames Wachsthum zu geringer Grösse als typisch an, beobachtete auch einmal schnelles Wachsthum bei intermuskulären Osteomen nach einmaligem Trauma, aber nicht wie hier bei sicher vom Periost ausgegangenen. Ihre rapide Zunahme in kurzer Zeit muss die Differentialdiagnose zwischen Sarkom sehr erschweren und diese wird oft erst bei der Operation möglich. Letztere ist aber indicirt wegen der Beschwerde der grossen T. und der Aussichtslosigkeit auf einen Wachsthumstillstand (kleinere Osteome machen höchstens bei Druck auf Nerven, Gelenke etc. Beschwerden!). Ueber die traumatische Entstehung obiger T. kann ein Zweifel nicht herrschen; die ersten Zeichen machten sich 8–14 Tage nach dem Unfall geltend! Ob es sich um Entzündungsproducte oder echte T. handelte, ist ziemlich gleichgültig, die Fälle beweisen jedenfalls, „dass nach Unfällen Neubildungen umfangreichster Art, von der Structur einfacher Exostosen, aber ausgestattet mit einer Wachsthumsenergie, wie sie sonst keiner gutartigen Geschwulst zuzukommen pflegt, vorkommen können.“

(Brans' Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. 22 Heft 2. —  
Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1899 No. 1.)



## Vermischtes.

— „Ueber Suspensorien und ihren Ersatz“ schreibt Dr. M.

Friedländer (Berlin, Lassar's Klinik): „Die zweckentsprechende und den natürlichen Verhältnissen möglichst angepasste Suspension der durch Entzündung geschwellenen oder durch sonstige pathologische Veränderungen vergrößerten Testikel hat von jeher das Interesse der Urologen erregt, ohne dass es bis dahin gelungen wäre, eine allen Anforderungen an Zweckmässigkeit, Bequemlichkeit und Preiswürdigkeit entsprechende Vorrichtung herzustellen. Die für diesen Zweck angefertigten Bandagen, Suspensorien, erfüllen entweder gar nicht ihren Zweck, zu suspendiren, sondern sie hängen, wie die gewöhnlichen, überall käuflichen Suspensorien das täglich zeigen, als schlaflle Beutel um das Scrotum oder sie sind so unbequem, voluminös und kostspielig, dass ihrer Brauchbarkeit in weiteren Kreisen durch den einen oder anderen Grund Einhalt gethan wird. Die thatsächlichen Verhältnisse erschweren es ungemein, eine zweckmässige Bandage, d. h. eine solche, welche das erkrankte Organ wirklich hebt und damit die Samenstränge entlastet, zu construiren. Der Körper bietet keinen genügenden Stützpunkt, um einen Zug allein nach oben zu ermöglichen, deshalb mussten in den meisten Modellen die sogen. Schenkelriemen mit zu Hülfe genommen werden und diese verwandeln den Zug nach oben in einen solchen nach hinten; hierdurch wird aber der eigentliche Zweck eines Suspensoriums ziemlich illusorisch. Einen gewissen Fortschritt bedeutet das Zeissl-Langlebert'sche Suspensorium, dieses bringt durch die seitlich angebrachten Riemen wenigstens eine geringe Hebung der Testikel zu wege, dieser Vorzug wird aber reichlich durch das Volumen, welches namentlich im Sommer sich recht störend bemerkbar macht, sowie den hohen Preis aufgewogen. Auch das vom Verf. vor einigen Jahren con-

struirte Suspensorium, welches auf die Schenkelriemen völlig Verzicht leistet, hat sich in zahlreichen Fällen gut bewährt, seine Construction scheint aber selbst intelligenten Patienten beim Anlegen einige Schwierigkeiten zu bereiten. Nach einer anderen Richtung hin bewegen sich die Bestrebungen, welche eine Compression des erkrankten Organs zum Ziele haben, die elastischen Compressionssuspensoren und der Fricke'sche Heftpflaster-Verband. Letzterer wirkt unter Umständen recht wohlthätig, bedarf aber grosser Vorsicht beim Anlegen, weil eventuell Gangrän des Testikels nach zu fester Einschnürung eintreten kann, ausserdem ist seine Entfernung recht schmerzhaft und wenig appetitlich; erstere müssen gewöhnlich nach Maass angefertigt werden und sind meistens erst dann fertig, wenn der Hoden sich schon wieder verkleinert hat, sodass sie dann nicht mehr passen, ausserdem ist auch ihr Preis nicht gering, beide Methoden haben aber den gemeinsamen Nachtheil, dass sie nicht suspendiren, sondern fast nur comprimiren, hierdurch allein kann aber der Funiculus spermaticus, durch dessen Zerrung gerade die heftigsten Schmerzen entstehen, nicht entlastet werden. In neuester Zeit hat Dr. K. Gerson\*) eine Methode angegeben, welche abweichend von der bisherigen Art, den Hoden zu suspendiren, diesen hebt und wenn nöthig, comprimirt. Dr. G. hat eine kurze, schmale Binde aus umsponnenem Gummi construirt, welche auf der einen Seite mit Zinkkautschukpflaster bestrichen ist und deren einer Rand ausgefrant ist. Die Binde wird derart angelegt, dass nach eventueller vorhergehender Rasur des Scrotum die Binde circulär um die untere Scrotalhaut, den Franzenrand nach oben, gelegt wird; will man den Testikel nicht nur heben, sondern auch comprimiren, so werden die letzten Bindetouren aufsteigend um den geschwollenen Hoden gelegt. Auf Ersuchen von Dr. Gerson sind diese Binden seit mehreren Monaten bei einer grösseren Anzahl von Patienten der Prof. Lassar'schen Klinik angewandt worden. Das Anlegen der Binde ist ausserordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde, Hautreizung oder Ekzem infolge des Pflasters wurde nie beobachtet. Die Wirksamkeit der Binde zeigte sich dadurch, dass der erkrankte Tes-

\*) *Allgem. med. Central-Zeitung* 1897. No. 57.



tikel um ein Bedeutendes gehoben, der Funiculus entlastet und damit die heftige Schmerzhaftigkeit fast augenblicklich beseitigt wurde; oft konnten Patienten, welche vorher trotz Suspensorium kaum gehen konnten, sofort nach Anlegen der Binde sich leicht und frei bewegen; in einem Falle wurden einem Patienten, welcher trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte keinen Schlaf gefunden hatte, durch den Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Bei subacuten oder chronischen Fällen wird es sich empfehlen, mehr auf die comprimirende Wirkung Gewicht zu legen, doch glaube ich, dass hier Jodeinreibungen und Priessnitzsche Umschläge dieselben Dienste leisten. Bei Varicocele ist die Binde sehr nützlich; ob sie im Stande ist, bei prophylaktischer Anwendung die Entstehung der Epididymitis zu verhindern, muss erst aus grösseren Versuchsreihen entnommen werden, da die Beantwortung dieser Frage im positiven Sinne selbstverständlich sehr schwierig ist. Augenblicklich versucht Verf. bei Hydrocele nach Ablassen der Flüssigkeit durch die Compression eine Verklebung der Häute herbeizuführen, auch hier können erst wiederholte Versuche zu einem sicheren Schlusse führen. Nachtheile kann die Binde eigentlich nur bei zu festem Anlegen bringen, in diesem Falle könnte ebenso wie bei dem Fricke'schen Verbands Gangrän eintreten. Thatsächlich sind dann auch zwei Fälle von leichter, oberflächlicher Hautgangrän zur Beobachtung gekommen, dieser Gefahr kann aber vorgebeugt werden, wenn die Patienten genau instruiert werden, dass sie bei unangenehmem Druckgeföhle den Verband sofort zu lockern haben. Sonstige Nachteile sind nicht beobachtet worden und auch kaum zu befürchten, hingegen bieten die leichte Handhabung, die augenblickliche Schmerzlinderung und dadurch verminderte Arbeitsunfähigkeit, die Möglichkeit, auch comprimierend zu wirken und der sehr geringe Preis so unleugbare Vorteile, dass die Verbreitung der Gerson'schen Pflastersuspensionsbinde\*) auch in weiteren Kreisen nur zu wünschen ist.

(Dermatolog. Zeitschrift Bd. V, Heft 4.)

\*) Hergestellt von P. Beiersdorf & Cie. in Hamburg-Elmsbüttel.

- Als **zuverlässiges Diaphoreticum** empfiehlt v. Gräfe folgendes, in 1 Tasse Thee (vor dem Schlafengehen) zu nehmendes Pulver:

**Rp.**

*Camphor.* 0,02—0,1

*Opii* 0,02—0,03

*Kal. nitric.* 0,2—0,3

*Sach. alb.* 7,5

M. f. p.

(Americ. Medico-surg. Bulletin, Juni 1898. —  
Therap. Monatshefte 1898 No. 11.)

- **Orexin. tannic.** (Kalle & Cie., Biebrich) als vorzügliches Stomachicum für Kinder rühmt Dr. Künkler (Kiel), der das Mittel 2 Mal täglich und zwar 1½—2 Stunden vor dem Mittag- und Abendessen zu je 1 Pulver à 0,25 oder je 2 Chocoladentabletten à 0,25 gab. Es versagte nie, sondern hob stets den Appetit bei allen Arten von Anorexie, ohne je unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen. Geschmacklos, wie es ist wurde es auch gerne genommen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1899. No. 1.)

- Ein neues Präparat **Chloralbacid** (pharmac. Institut von L. W. Gans in Frankfurt a. M.) empfiehlt Prof. Fleiner (Heidelberg) für diejenigen atonischen Verdauungsstörungen, welche mit Salzsäuremangel, Appetitlosigkeit, abnormer Bildung organischer Säuren, mangelhafter Darmresorption und Verstopfung einhergehen (Anaemie, Chlorose, Enteroptose, Neurasthenie, Magenkatarrh, Carcinoma ventriculi, nervöse Anorexie, manche Zustände von Ueberernährung und auch Kachexie). Man giebt es in Pulverform oder als Tabletten (à 0,3—0,5, vor den Mahlzeiten 1—3 Stück) und beeinflusst dadurch nicht nur sehr günstig die Magenstörungen, sondern hebt zugleich auch etwas die Ernährung dadurch, dass Chloralbacid, aus den Eiweissubstanzen der Kuhmilch durch chemische Prozesse (Chlorirung) gewonnen, die Mitte hält zwischen den sog. Nährsalzen und den modernen Ernährungspräparaten.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 1.)



- Einen von ihm construirten **elektrischen Heissluftapparat** „Elektrotherm“ (Leop. Marcus, Hamburg) demonstirte Dr. E. Lindemann (Hamburg). Er besteht aus einem massiven Kasten, worin eine erkrankte Extremität bequem gelagert und durch einen am Grunde des Kastens liegenden elektrischen Erhitzer gleichmässig erwärmt wird. Mittels sinnreicher Vorrichtungen lässt sich die heisse Luft genau controliren, constant erhalten, sofort völlig herabsetzen (auch vom Pat. selbst!), man kann das Glied während der Einwirkung von aussen beobachten etc. Die Hitze entwickelt sich von dem auf 6 Ampère und 110 Volt gebauten Erhitzer so rasch, dass in ca. 3–5 Minuten 60–70° C., in 20 Minuten 120–130° erreicht werden. Autor hat (Wiener Bad in Hamburg) therap. Versuche angestellt, die sehr befriedigend ausfielen, indem rasche Schmerzlinderung und überraschend günstige Heilresultate erzielt wurden und zwar bei chron. Gelenkkrankheiten (selbst in veralteten Fällen von Arthritis deformans), auch mit Herzfehlern complicirten, ferner bei Gicht, chron. Distorsionen des Gelenkes, Ischias u. dgl.

(Naturforscherversammlung in Düsseldorf.)

- **Therapeutische Versuche mit Natr. glycerino-phosphoric. bei Erkrankungen des Nervensystems**, die M. Kahane (Wien) anstellte, fielen sehr befriedigend aus. Die Therapie mit Glycerinphosphorsäure (einem Spaltungsproduct einer Substanz, welche beim Aufbau nicht nur des Nervensystems, sondern des ganzen Organismus eine hochwichtige Rolle spielt: des Lecithins) wird besonders von Frankreich her empfohlen. Kahane ordinarie:

**Rp.**

*Natr. glycerino-phosphoric. 25,0*

*Aq. destill.*

*Aq. naphae aa 50,0*

*Syr. Cort. aur. 20,0*

S. 3 Mal tägl. 1 Theelöffel davon  
in etwas Wasser.

Bei Hysterie, Neurasthenie, Angst- und Zwangsneurosen, sowie bei nervösen Zuständen nfolge Anaemie bewährte sich das Mittel, indem es deutlich eine anregende, tonisirende Wirkung

auf das Gesamtnervensystem ausübte (in welcher Weise? Darüber lassen sich freilich nur Hypothesen aufstellen) und erwies sich als durchaus unschädlich.

(Wiener med. Doctoren-Collegium, 12. Dec. 1898. —  
Klinisch-therap. Wochenschrift 1898 No. 51.)

- Zur **Technik der subcutanen Injection** giebt Dr. Rud. Weil (Berlin) einen kleinen Kunstgriff an, mittelst dessen die Einstichschmerzen ganz vermieden werden können, was besonders bei Kindern und empfindlichen Pat. von Bedeutung ist. Während nämlich meistens die Nadel durch die Haut gestochen oder gebohrt wird, sucht Autor die Spitze derselben durch die Cutis hindurch zu schnellen. Er fasst eine starke Hautfalte und drückt dieselbe absichtlich zwischen Zeigefinger und Daumen der linken Hand fest zusammen. Dann fasst er die geladene Spritze wie eine Schreibfeder am unteren Ende der Glascanüle und jagt die Spitze durch eine schnellende Bewegung im Handgelenk (der Arm bleibe vollständig in Ruhe!) durch die dicke Haut hindurch. So wird der Stich meist nicht empfunden. Das Verfahren eignet sich natürlich nur für Körpertheile, wo starke Hautfalten zu bilden sind, nicht also für Gesicht, Finger etc. mit ihrem straffen Zellgewebe.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 91.)

## Bücherschau.

---

— Band V von **Lehmann's Medic. Atlanten** (J. F. Lehmann, München) ist jetzt in 2. Ausgabe erschienen. Es ist dies Mracek's „Atlas der Hautkrankheiten mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben“ (Preis Mk. 14), der mit seinen 63 farbigen Tafeln und 39 schwarzen Abbildungen in bekannter Vollendung wieder das beste Zeugniß seitens der Kritik verdient und aufs wärmste empfohlen werden kann, zumal der textliche Theil gleichfalls allen Ansprüchen, die man an ein kurzes Lehrbuch stellen darf, genügt und dem Praktiker wesentliche Dienste leisten wird.

— „**Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten**“ nennt Dr. H. Kafka ein kleines Büchlein (München, J. F. Lehmann, Preis Mk. 1.20), welches eine Zusammenstellung der bei Prof. Mracek (Wien) gebräuchlichen Receptformeln bildet. Wer wiederholt bewährte Formeln in übersichtlicher Darstellung zur Verfügung haben will, der schaffe sich das kleine Werk an, in dem er bei allen in der Praxis vorkommenden Affectionen die entsprechenden therapeutischen Maassnahmen seinen Bedürfnissen entsprechend verzeichnet findet.

— Vom **Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik**, herausgegeben (Verlag von G. Thieme, Leipzig) von E. v. Leyden ist Abtheilung 2 von Bd. II erschienen. Wir finden darin „Die Ernährungstherapie in acuten Fieberkrankheiten“ von Leyden und Klemperer, „Die Ernährungstherapie bei Stoffwechselkrankheiten“ von C. v. Noorden (Diabetes mellitus), O. Minkowski (Arthritis deformans, Oxalurie, Phosphaturie), H. Nothnagel (Anaemie, Chlorose, Leukaemie, Pseudoleukaemie, Basedow'sche Krankheit, Addison'sche Krankheit, Myxödem), Mosler und Peiper (Hautkrankheiten), „Die Ernährungstherapie bei Störungen der Geschlechtsfunctionen und bei Syphilis“ von Fürbringer, „Die Er-



nährungstherapie bei Nierenkrankheiten (von Ziemssen), bei Krankheiten der Harnwege (M. Mendelsohn), bei Krankheiten der Frauen (von Winckel), der Kinder (Biedert), vor und nach Operationen (H. Kehr). Es ist ein Werk vornehmsten Styls, welches wir vor uns haben, ein Werk, das dem Praktiker die erspriesslichsten Dienste leisten wird und in seiner Bibliothek nicht fehlen dürfte. — Im gleichen Verlage erscheint, redigirt von Leyden und Goldscheider, auch die „**Zeitsschrift für diätetische und physikalische Therapie**“, deren neuestes Heft (No. 1 des II. Jahrgangs) wieder eine Fülle interessanter Aufsätze, Referate etc. bringt.

— Vom **Reichs-Medicinal-Kalender**, herausgegeben von Eulenburg & Schwalbe (Leipzig, G. Thieme) ist jetzt auch Theil II erschienen, der bekanntlich in 2 Abschnitte: Entscheidungen des Reichsgerichts, des Reichsversicherungsamtes, sanitäre Gesetze, Erlasse, Gebührenordnungen, Facultäten u. s. w.“ und Personalien der Civil- und Militärärzte, zerfällt. Beide sind mit ungemein viel Sorgfalt und Genauigkeit bearbeitet und werden den Aerzten wieder unentbehrlich sein, wenn sie sich über die erwähnten Dinge orientiren wollen. — **Lorenz' Taschenkalender** (Berlin, Rosenbaum & Hart) weist im vorliegenden XII. Jahrgang wieder Verbesserungen in Form und Inhalt auf; letzterer ist vielfach umgearbeitet worden, das Format erscheint handlicher u. s. w., sodass zu den zahlreichen Freunden dieses Kalenders heuer gewiss viel neue hinzukommen werden.

— **Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten** lautet der Titel eines neuen 285 Seiten starken Buches (O. Coblentz, Berlin), welches den bekannten Berliner Kinderarzt Dr. H. Neumann zum Verfasser hat. In Form von „Briefen an einen jungen Arzt“ ertheilt hier der erfahrene Autor in zwangloser Weise Rathschläge für die Kinderpraxis und bespricht die wichtigsten Erkrankungsformen in therapeutischer Beziehung in äusserst fesselnder Weise, auf alle Details (Dosirung der Arzneien, Bereitung von Bädern, Klystieren u. dergl.) näher eingehend. Das Werk ist nicht vom grünen Tisch aus geschrieben, es ist vielmehr von Anfang bis zu Ende ein Product der Praxis und wird dem Praktiker die besten Dienste leisten, wesshalb wir die Anschaffung desselben (Preis Mk. 7) aufs wärmste befürworten.

— Die Verbreitung, welche die Photographie in der modernen Medicin gefunden hat, die Bedeutung, welche derselben heutzutage für die Wissenschaft und Praxis zukommt, rechtfertigt



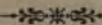
das Erscheinen specieller, diesem Thema gewidmeter Bücher. Dr. C. Kaiserling hat ein „**Practicum der wissenschaftlichen Photographie**“ verfasst (Berlin, Gustav Schmidt, 400 S.), welches in den Kreisen der Praktiker lebhaften Anklang finden dürfte. In 9 Capiteln (das Licht und seine Wirkungen, der Aufnahmeapparat, die Aufnahme, das Negativverfahren, das Positivverfahren, die Vergrößerung und Mikrophotographie, die Stereoskopie, die Verwendung der Röntgenstrahlen, die Photographie in natürlichen Farben und das Reproductionsverfahren) giebt Verfasser ein sehr anschauliches Bild von allem Wissenswerthen aus seinen eigenen Erfahrungen heraus. Die Darstellung ist präcis, klar, unterhaltend, der Stoff übersichtlich geordnet und in erschöpfender Weise behandelt. Zahlreiche Abbildungen, gute Tafeln erhöhen noch den Werth des recht brauchbaren Werkes (Preis: M. 8).

— Im Verlage von Urban & Schwarzenberg, Wien, erschien die 2. Auflage von Bum's **Handbuch der Massage und Heilgymnastik** (Preis: M. 10), dessen 1. Auflage erst 1896 erfolgt war. Man sieht schon daraus, dass dies Werk trotz der Ueberfüllung des medic. Büchermarktes seinen Weg gemacht hat. Begreiflich ist es, wenn man die klaren, präcisen Darstellungen des Autors, die zahlreichen schönen Illustrationen des Buches berücksichtigt. Der Praktiker bedarf eines solchen Führers heutzutage dringend in seiner Thätigkeit! In der Neuauflage hat Bum selbstverständlich alle wichtigen Neuheiten des Gebietes, soweit sie Wissenschaft und Technik in den letzten 2 Jahren hervorbrachten, sich zu nutze gemacht, sodass sein Werk durchaus auf der Höhe der Zeit steht. — Von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** (der gleiche Verlag) liegt Heft 6 vor (Preis: M. 1), enthaltend „das Wachsthum des Kindes von der Geburt bis einschliesslich der Pubertät.“ Das Heftchen ist sehr lesenswerth und bringt Details über alle einschlägigen Fragen.

— Von Villaret's **Handwörterbuch der gesamten Medicin** (2. Auflage, Verlag von F. Enke, Stuttgart) sind die Lieferungen 7—11 (à M. 2) erschienen, enthaltend die Stichworte „Diffusionsfähigkeit“ bis „Gelenkverletzungen“. Auch in diesen Lieferungen treten die Vorzüge des beliebten Werkes, vor allem die Vollständigkeit des Inhalts, die Knappheit und Klarheit der Darstellung, die moderne Auffassung der Themata etc., wieder klar zu Tage und werden sicher dem prächigen Nachschlagewerke neue Freunde erwerben.

— **Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen** von Dr. H. Herz (Verlag von S. Karger, Berlin. Preis Mk. 10) ist nicht nur ein sehr interessantes, sondern auch ein sehr nützliches Buch, das dem Praktiker warm empfohlen werden kann. Bis in die genauesten Details hinein verfolgt der Autor in demselben (540 S.) alle die Beziehungen, die zwischen dem kranken Organ des Körpers und dem Verdauungsapparat bestehen und event. sich ergeben können. Da über diese mannigfaltigen, für die Praxis äusserst wichtigen Verhältnisse bisher ein Specialwerk noch nicht existirte und die anderen Lehrbücher diesen Beziehungen besondere Aufmerksamkeit nicht widmen, ist das Werk von Herz, der in sehr geschickter Weise seiner Aufgabe gerecht wird und mit ungemeinem Fleisse alles Wissenswerthe gesammelt und gesichtet hat, bester Aufnahme sicher.

— 2 neu erschienene Bücher (bei Joseph Safar in Wien), welche beide den bekannten Moskauer Pädiater, Prof. Nil Filatow zum Verfasser haben, verdienen alle Berücksichtigung von Seiten des Praktikers. Die „**Vorlesungen über acute Infectiouskrankheiten im Kindesalter**“ (Preis Mk. 14) vor allem werden ihm die besten Dienste leisten, da der Autor auf Grund seiner reichen Erfahrungen ein von Anfang bis zu Ende fesselndes Bild jeder einzelnen Affection entrollt und über alle Einzelheiten von Aetiologie, pathol. Anatomie, Symptomencomplex, Complicationen, Diagnose, Prognose und Therapie mit klaren Worten sich ausspricht. Der Therapie hat er besondere Sorgfalt gewidmet und hier vor allem den Standpunkt der täglichen Praxis zu vertreten sich angelegen sein lassen. Das andere Buch „**Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten**“ (Preis Mk. 6) dient vor allem den Interessen des Studirenden, dem es allerdings warm zu empfehlen ist. Der Arzt findet zwar ebenfalls viel Interessantes darin, wird aber infolge der Kürze, die der Autor bei seinen Ausführungen zur Richtschnur seiner Bearbeitung machte, lieber zu anderen Lehrbüchern der Pädiatrie greifen, die ihm vollständiger und detaillirter den Gegenstand vorführen.





Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 7.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. exel. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*April*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Arznei-Exantheme.** Dr. R. Immerwahr (Berlin) beschreibt folgenden **Fall von Antipyrin-Exanthem.** Eine 28jährige Dame wurde im Sommer 1894 syphilitisch inficirt. Im Herbst desselben Jahres machte sie eine sehr gründliche Schmier- und Schwitzcur durch und nahm dann Jodkali. In den folgenden Jahren intermittirende Behandlung mit energischen Quecksilber- und Jodkalicuren, nie ein Recidiv. Ein solches erst Mitte März 1897. Zahlreiche Plaques auf der Zunge, an der Wangenschleimhaut, Ober- und Unterlippe, multiple indolente Drüsenschwellungen, sehr zahlreiche Plaques muqueuses auf der Schleimhaut der grossen und kleinen Labien. Affection so schmerzhaft, dass Nahrungsaufnahme behindert war.

Unter localer Behandlung mit Sublimatbenzoetinctur, Einpuderung der Genitalien mit Calomel und 8 Injectionen von Hg. oxydat. flav. nebst Jodkali intern Abheilung. Kein Recidiv mehr. Anfang April 1898 verreiste Pat. und nahm am 5. April wegen Kopfweh 0,5 Antipyrin. Am nächsten Tage einige Bläschen auf der Zunge; Heilung unter Pinselungen mit Tinct. Myrrh. nach 2—3 Tagen. Am 10. April nahm Pat. wieder 0,5 Antipyrin. Am selben Abend Fieber, Schüttelfrost, urticariaähnlicher Ausschlag am ganzen Körper. Tags darauf auf der Zunge, der Schleimhaut der Wangen, des harten und weichen Gaumens, auf Ober- und Unterlippe zahlreiche Blasen, mehrere solche auch auf der Genitalschleimhaut, alle sehr schmerzhaft. In der Meinung, es handle sich um ein Syphilisrecidiv, reiste Pat. nach Berlin zurück, wo Autor sie am 14. April sah. Lippen vollständig mit leicht blutenden Schorfen bedeckt, den Mund konnte Pat. nur unter grossen Schmerzen unvollkommen öffnen, herausstrecken der Zunge äusserst beschwerlich, trotz Appetits Nahrungsaufnahme seit 4 Tagen nicht möglich. Auf der Wangenschleimhaut und am harten Gaumen noch einige Blasen theils mit serösem, theils mit haemorrhagischem Inhalt; ferner auf Zunge und weichem Gaumen mehrfache erodirte, leicht blutende Stellen. Auf der Schleimhaut der grossen Labien 4 runde, sehr empfindliche Erosionen. Drüsenschwellungen fehlten fast ganz. Das urticariaartige Exanthem bis auf einige rothe Flecken an den Handgelenken vollständig weg. Trotzdem das letzte Syphilisrecidiv fast genau dieselben Erscheinungen gezeigt hatte, bestärkte Autor doch das Fehlen jeglicher Drüsenschwellungen bei der so ausgesprochenen Affection, obwohl solche ausser bei Syphilis auch bei anderen Hauterkrankungen vorkommen können, die enorme Schmerzhaftigkeit, das rapide Auftreten und die Angabe des Antipyringebrauchs in der Meinung, dass hier A. vorlag. Therapie: Mundspülungen mit essigsaurer Thonerde, Pinselungen mit Tinct. Myrrh., Abführpillen. Schon nach 2 Tagen eclatante Besserung und am 20.



April war alles ausser einigen grauweissen Stellen an der Zunge geschwunden, die 3 Tage später ebenfalls weg waren. Diese rasche Heilung ohne specifische Cur bewies klar die nicht syphilitische Natur der Affection. Hätte man nicht vorher an A. gedacht, so wäre Pat. unnöthig einer mercuriellen Behandlung unterzogen worden, welche hier vielleicht die Beschwerden noch unerträglicher gemacht hätte. (Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 34.)

- Ein **knotiges Jodkaliexanthem** beobachtete Dr. R. Steiner in Kaposi's Klinik bei einer 28jährigen, wegen eines Unterleibsleidens lange Zeit mit Jodkali behandelten Pat. Nach 7 Wochen nahm er folgenden Status auf: Am ganzen Körper, weniger im Gesicht und am Abdomen, mehr hingegen an der unteren Thoraxparthie, dem Nacken, Rücken, sowie Beuge- und Streckseite der Extremitäten linsen-, erbsen- bis haselnussgrosse, lebhaft entzündlich-rothe, stellenweise bereits mehr oder weniger tiefbläulich verfärbte und dann abgeflachte, auf Druck leicht zum Verschwinden zu bringende, stark schmerzhaft und ziemlich weich sich anfühlende, scharf begrenzte, knotige Efflorescenzen. Die jüngsten und zugleich kleinsten derselben tragen an ihrer Kuppe ein kleines, mit hellem oder auch eitrigem Inhalt gefülltes Bläschen, das bei den älteren zu einer gelblichweissen bis blassbraunen Kruste umgewandelt erscheint; auf den grösseren jedoch sind hellweisse, dichte, fest anhaftende, psoriasisähnliche Schuppen zu finden, nach deren Ablösung die einzelnen, den grösseren Knoten zusammensetzenden, den Follikeln entsprechenden Primärefflorescenzen in Form kleiner Grübchen zum Vorschein kommen. Während nun im Gesicht, am Nacken und zum Theil auch am Rücken die kleinen Efflorescenzen theils einzeln stehend, theils zu guldenstück- und darübergrossen Plaques angeordnet sind, sind die Extremitäten, die untere und seitliche Thoraxparthie, sowie ein Theil des Rückens Sitz der grösseren, stärkere Schuppung und zum Theil auch Abflachung aufweisenden Knoten. Drüsen in inguine, in der Achsel- und Supraclaviculargegend stark geschwollen. — Die hier in so seltsamer Form und Ausdehnung sich geltend machende Affection erinnerte also an *Akne vulgaris*, von der sie sich aber durch

das acutere Auftreten, das gleichzeitige Vorhandensein gleichartiger Efflorescenzen und das Fehlen von Pigment und Narben unterschied; gegen Lues sprach die Farbe, Schmerzhaftigkeit, Weichheit, starke Schuppung der Knoten. Prognose des Falles günstig. Therapie: Aussetzen des Medicamentes. Das knotige Jodkaliexanthem kommt im Gegensatz zum vesiculösen erst nach längerem Jodkaligenuss zustande; nicht selten kommt es dabei zu Störungen des Allgemeinbefindens mit und ohne Fieber.

(Wiener medic. Club, 14. Dec. 1898. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 3).

- Ein Jodexanthem der Haut und Magenschleimhaut beobachtete Hofrath Neumann. Ein 30jähriger, an subacuter Nephritis und Hirnhaemorrhagie leidender Pat. wurde bewusstlos in ein Spital gebracht, wo er Jodkali bekam. Wegen eines sich entwickelnden Exanthems wurde er dann in Autors Klinik transferirt. Vorwiegend im Gesicht, aber auch an den Extremitäten, erbsen- bis über thalergrosse, knopfartig elevirte, blasenförmige Efflorescenzen, aus deren Mitte schmutzig-graubraune Wucherungen hervorragten; der periphere blasenartige Wall von einem hellrothen Hofe begrenzt. Durch Confluenz dieser Efflorescenzen wurde allmählig das ganze Gesicht in eine Geschwürsfläche umgewandelt. Pat. starb unter urämischen Erscheinungen. Bei der Section fand sich im Magen ein die Muscularis blosslegendes Geschwür; an dessen Rande noch zahlreiche linsen- bis bohnergrosse, bläschen- und beerenartige, an der Oberfläche gallig imbibirte Efflorescenzen sich anschlossen mit erhabenen, wie proliferirenden Rändern, die deutlich das Entstehen des Geschwürs durch Confluenz solcher Efflorescenzen zeigten. Die mikroskopische Prüfung des Hautexanthems ergab tiefgehende Zerstörungen und analoge Veränderungen zeigten sich am Magen, wo bisher ein solches Exanthem noch nie beobachtet wurde. Zur Erklärung der intensiven Erkrankung der Haut und Schleimhaut in diesem Falle dürfte vielleicht der Umstand in Betracht kommen, dass nach O. Reichel bei Nephritis die resorptive Thätig-

keit besonders der Haut schädlich ist. Der Sitz des Exanthems in der Regio pylorica ist auch insofern von Interesse, als diese Region bekanntlich für verschiedene neoplastische und ulceröse Processe besondere Prädisposition besitzt. Wäre der Pat. nicht seinem schweren Grundleiden erlegen, so hätte die tiefgreifende Exulceration wohl das Symptomenbild eines Ulcus ventriculi hervorgerufen, später das einer Pylorusstenose und die aetiologische Deutung wäre bei der Unbekanntheit der Entstehung von Magengeschwüren durch Jodkaliumdarreichung recht schwierig gewesen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 3. Feb. 1899.—  
Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 6.)

**Blutungen.** Einen Beitrag zu den **Arrosionsblutungen aus grossen Gefässstämmen** liefert Dr. Ed. Stein (Auscha): Ein 3jähriges Kind acquirirte während einer Epidemie Scharlach, zu dem sich dann eine linksseitige Parotitis hinzugesellte. Die linke Parotisgegend nahm eine mehr als orangengrosse Geschwulst ein, die deutlich fluctuirte. Infolge der durch die hochgradige Schwellung der ganzen linken Gesichtshälfte bedingten, nahezu vollständigen Kiefersperre, war das Kind seit mehreren Tagen fast ganz ausser Stande, etwas zu geniessen und dadurch, sowie durch die Schmerzen und Schlaflosigkeit, aufs äusserste entkräftet. Autor setzte den Eltern den Ernst der Situation auseinander und wollte spalten, was aber verweigert wurde, indem die Eltern erklärten, lieber die von einem anderen Arzte eingeleitete Behandlung mit feuchtwarmen Kataplasmen fortsetzen zu wollen. Autor musste also wieder gehen, wurde aber, kaum einige Minuten später, eiligst zurückgerufen. Er fand das Kind — todt, in einer grossen Blutlache liegend; es hatte sich plötzlich ein Blutstrom aus Mund und Nase ergossen. Die Parotischgeschwulst war nahezu ganz geschwunden. Hätte er sie vorher incidirt, so wären ihm die ärgsten Vorwürfe nicht erspart gewesen. (Prager medic. Wochenschrift 1898 No. 41.)

— **Uterusblutungen post partum** können, wenn Reiben des Uterus, Compression desselben nach der combinirten Methode, heisse 1—2%ige Lysoldouchen, Ergotinjectionen,



Scheidentamponade, nicht wirken, noch durch die Dührssen'sche Uterustamponade hintangehalten werden. Diese hat auch Dr. Wieck (Schleswig), der im Laufe der Jahre bei hochgradiger lebensgefährlicher Blutung sich ihrer 12 Mal bediente, schätzen gelernt, indem er alle Pat. rettete. Aber wie in der Landpraxis, ohne Assistenz verfahren? Nach Waschen, Abseifen, Rasiren der äusseren Genitalien wird Scheide und Uterus durch eine heisse 2%ige Lysoldouche irrigirt. Nachdem die Hände desinficirt, führt der Accoucheur die rechte Hand in die Scheide der aufs Querbett gelegten Frau, entnimmt mit der linken Hand den Jodoformgazestreifen der von der Hebeamme gehaltenen Dührssen'schen Büchse und legt ihn in die rechte, in der Scheide liegenden (Finger am Cervix, Hohlhand nach oben) Hohlhand. Die Finger der rechten Hand stopfen nun behutsam und allmähig den Streifen in den Uterus, wo er 48 Stunden liegen bleibt, worauf er entfernt wird. Sodann wieder heisse Lysoldouche. 9 Mal erzielte so Wieck aseptischen Verlauf, 3 Mal bekamen die Wöchnerinnen 8—14 Tage remittirendes Fieber, doch wurde die Endometritis durch 1—2 Mal tägliche Lysoldouchen wirksam bekämpft, sodass alle Pat. vollständig genasen.

(Der prakt. Arzt 1899 No. 1.)

**Combustio.** 50%ige wässrige Ichthyollösung bei C. hat

Dr. Schütze (Kösen) in einem schweren Falle von Verbrennung III. Grades schätzen gelernt. Am 6. September 1898 verbrannte sich ein Arbeiter die ganze linke Hand furchtbar, indem ihm glühendes Blei über dieselbe floss; die ganze Haut war weg, alles bis auf die Fascie zerstört, die Schmerzen so furchtbar, dass Pat. immer wieder halb ohnmächtig wurde. Autor durchtränkte sterile Gaze mit der Ichthyollösung und legte sie um die Hand, die Finger einzeln einwickelnd. Einen Moment erhöhter Schmerz, dann aber Pat. vollkommen schmerzfrei, konnte sogar in dem locker umgelegten Wattebindenverband seine Finger ohne jede Schmerzempfindung bewegen. Er sollte den Verband dauernd mit essigsaurer Thonerde feucht erhalten. Das war auch 3 Tage später, als Pat. wieder erschien, der Fall, auch zeigten sich auf der



ganzen Hand zahlreiche frischrothe Granulationen und Hautinseln. Beim Verbandwechsel wieder Schmerzen, die aber sofort durch 50%ige Ichthyollösung beseitigt wurden. Am 24. September Pat. vollständig arbeitsfähig, mit durchaus normaler Hand. Seitdem hat Autor mehrfach die Ichthyollösung zu feuchten Verbänden statt der Salbe benützt und war damit sehr zufrieden.

(Aerztl. Rundschau 1899 No. 5.)

**Commotio cerebri.** Ueber eine offene Schädelfractur durch Hufschlag ohne jedes Symptom einer C. berichtet Regimentsarzt Dr. J. Hrach (Przemysl). Ein Soldat wurde vom Pferde in die linke Schläfengegend geschlagen, was unmittelbar eine starke Ohrenblutung und Ohrensausen zur Folge hatte. Aber Pat. fiel nicht um, sondern ging weiter herum, wollte gar nicht an eine schwere Verletzung glauben und erst ins Spital, als die Ohrenblutung gar nicht aufhörte. Er klagte weder über Kopfweh, noch über Schwindel, erbrach nicht, hatte auch keinen Reiz dazu, erinnerte sich auf alle Einzelheiten des Unfalls. Er ging etwa 2 km zum Spital, wo ein antiseptischer Verband angelegt wurde. Am nächsten Tage wurde die Wunde genau untersucht und als recht schwere erkannt, auch machten sich Verlangsamung des Pulses, träge Pupillenreaction, leichtes Verstrichensein der Nasolabialfalte bemerkbar, wesshalb trepanirt wurde. Eine grosse Rissquetschwunde über der linken Schläfenschuppe, complicirt mit Splitterbruch des Schläfenbeins (nebst einem Sprunge im Felsenbein) lag vor, also eine lebensgefährliche Verletzung. Dass eine solche, durch einen Hufschlag bewirkt, nicht mehr subjective Erscheinungen gemacht, speciell keine C. erzeugt hatte, war recht bemerkenswerth; nur das eingedrückte Knochenfragment comprimirte das Hirn und bewirkte Compressionsercheinungen, von C. aber war keine Rede. Es zeigt der Fall also, dass wir bezüglich der C. noch ziemlich im Dunkeln tapen. Pat. wurde übrigens etwa 4 Wochen nach der Verletzung geheilt entlassen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 42.)

**Commotio spinalis.** Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der C. referirt Privatdoc. Dr. H. Schmaus (München) und präcisirt diesen Stand in folgenden Sätzen:

1. Die Erschütterung des Rückenmarks (Commotio spinalis) ist von jener der Wirbelsäule vorderhand zu trennen; denn es können bei der Erschütterung der letzteren auch Erscheinungen im Mark auftreten, die nicht auf eine Commotio, sondern auf Quetschungen, Blutungen, Dehnung und Zerrung des Rückenmarks und seiner Wurzeln beruhen.
2. Die Lehre von der eigentlichen C. im strengen Sinne hat in der letzten Zeit insofern an Boden verloren, als die vom Menschen bekannten Fälle einer strengen Kritik nicht Stand halten; es giebt bisher keinen ganz reinen uncomplicirten Fall von C. mit anatomischem Befund.
3. Die Kritik ist aber nicht imstande, die bisherige Auffassung einzelner Fälle als echte C. zu widerlegen oder unwahrscheinlich zu machen, insbesondere auch nicht die Mitwirkung der C. neben anderen, direct lädirenden Einwirkungen einer Verletzung auszuschliessen. In vielen Fällen ist die Annahme letzterer hypothetisch, die Thatsache aber, dass ein Erschütterungszustand bestanden hat, gewiss.
4. Das Vorkommen einer directen traumatischen Nekrose von Nerven-elementen durch eine C. ist experimentell gesichert und scheint geeignet, die Lücke auszufüllen, welche eine Erklärung der Läsionen durch directe Verletzung vielfach bestehen lässt.
5. Neben letzteren ist als Folge der Erschütterungen noch Gewebszerreissungen durch Ergüsse von Liquor cerebrospinal. eine grössere Bedeutung beizumessen.

(Aerztl. Verein zu München, 25. Oct. 1898. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 3.)

**Erysipel.** Einen Fall von Wandererysipel stellt Dr. Bendix vor. Pat., vor 2 Monaten in die Leyden'sche Klinik wegen eines schweren Wandererysipels aufgenommen, wurde damals zum 10. Male innerhalb der letzten 8 Jahre von dieser Affection befallen, die wahrscheinlich

von der Oberlippe ausging und sich in mehrfachen Recidiven über Gesicht, Hals und obere Rumpfparthieen ausbreitete. Nachdem das 5. Erysipel (vor 4 Jahren) abgeheilt war, blieben die Veränderungen im Gesicht zurück, welche Pat. jetzt darbietet und die sich im Verlaufe der späteren Erysipela noch verstärkten. Das ganze Gesicht entstellt von Schwellungen: Die Oberlippe steht wulstartig ab, beide Wangen und Kinngegend stark geschwollen; Haut darüber jetzt blass, hart, verdickt, bei Fingerdruck bleibt keine Delle zurück. Es handelt sich um Pachydermie, um ein im Gefolge des habituellen E. auftretendes chronisch-lymphatisches Oedem; das zellreiche seröse Exsudat hat sich organisirt und so zur vermehrten Bindegewebsentwicklung der Haut geführt. Wenn kosmetische Rücksichten ein therapeutisches Eingreifen benöthigten, wäre methodische Massage wohl das Beste. — Discussion: Ohrtmann hat vor Jahren 2 Patientinnen mit solchem recidivirenden E. gehabt und gab ihnen Solut. Fowl., worauf mehrere Jahre, solange sie in Beobachtung standen, Recidive ausblieben. — A. Fränkel: Man muss annehmen, dass derartige Pat. in ihren Gesichtshöhlen, namentlich in der Nase, virulentere Streptokokken beherbergen als andere. Pneumokokken erhalten sich ja in der Mundhöhle bei vielen Menschen lange Zeit in virulentem Zustande. Pneumonie hat nun auch eine grosse Neigung zu recidiviren. Netter war in der Lage, gerade bei Menschen, die schon einmal an Pneumonie gelitten, weit öfter und längere Zeit hindurch virulente Pneumokokken im Mundschleim nachzuweisen, als bei anderen. Aehnlich muss es bei E. sein. — Bernhardt hat ebenfalls vor einiger Zeit einen Pat. mit recidivirendem E. des Gesichts und pachydermischen Veränderungen daselbst beobachtet. Bei diesem trat jedesmal bei Gemüthserregung ein Recidiv ein. Einmal z. B. wohl und munter, wollte er ins Theater. Da brach ein Gardinenbrand aus. Eine Viertelstunde später war das Gesicht gedunsen, geröthet, es bestand Fieber etc. Und auch jedesmal, wenn er in den Vorlesungen vorgestellt wurde, bekam er stets ein Recidiv, wahrscheinlich infolge eigenthümlicher



Erregbarkeit seines vasomotorischen Nervensystems. Die Anfälle, die manchmal mit Fieber, aber auch ohne dieses verliefen, dauerten 24—48 Stunden. — Ohrtmann hat 1862—1870 den Abgeordneten Waldeck behandelt, der in dieser Zeit 3 Mal schweres E. des Gesichts und Kopfes bekam von etwa 2 wöchentlicher Dauer; alle 3 Mal folgte das E., welches von mässigem Fieber begleitet war, einer heftigen durch öffentliche Ereignisse veranlassten Gemüths-erregung. — Gluck bemerkt, man könne sich auch vorstellen, dass von dem ersten Erysipel, das abgelaufen ist, irgendwelche Dépôts mit Streptokokken noch in den Lymphbahnen vorhanden sind, wie man das auch bei chirurgischen Infectionskrankheiten sieht. In einem Falle, wo Autor E. am Unterschenkel mit Elephantiasis fand und wo das E. häufig recidivirte, trat kein Recidiv mehr auf, nachdem das E. und die entstandenen Ulcerationen excidirt, tiefe Incisionen gemacht und so die Lymphbahnen von Kokken befreit waren. Aehnlich recidivirten Gesichtserysipele, wo tiefe Incisionen nothwendig waren, später nicht mehr.

(Verein f. innere Medicin in Berlin, 19. Dec. 1898. —  
Vereinsbeilage No. 3 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

**Fissura ani.** Dr. L. Conitzer (Hamburg) hat ausserordentliche Erfolge mit **Aetzungen von reinem Ichthyol** erzielt. Er behandelte so im Verlauf von 3 Jahren 6 Fälle mit 8 Fissuren (darunter 2 Kinder von 3½ resp. 24 Monaten) und erzielte stets mit einigen Aetzungen Heilung. Für die erste genaue Untersuchung und Aetzung ist Cocain nöthig, dann wird mit Wattestäbchen oder Glasstab reines Ichthyol aufgetragen, was dann täglich 1 Mal wiederholt wird, wobei Cocain meist entbehrlich ist. Daneben Sorge für regelmässigen breiigen Stuhlgang.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 3.)

**Fracturen und Luxationen.** Verwendung verbrauchter Zwirnsulen zur Improvisation eines Extensionsapparates für die unteren Extremitäten empfiehlt Regimentsarzt Dr. K. Majewski (St. Poelten), da Zwirn-



spulen überall vorrätig sind und man so in allen Situationen gerüstet ist. Man stellt sich 2 vollkommen gleiche Bretter (50 cm lang, 22 breit, 3 cm stark) her und bringt auf jedem Brett 4 Längsfurchen an, deren Anordnung an das Doppelgeleise einer Eisenbahn erinnert. Zwischen beide Bretter kommen 4 Zwirnspulen zu liegen, welche paarweise in jenen Hohlgeleisen des oberen und unteren Brettes laufen und eine rollende Bewegung des ersteren auf den unteren, ruhenden gestalten. Zur Stabilisirung des Ganzen und zur Lagerung der Extremität dient ein Sandsack, der, auf dem oberen Brette ruhend, Form und Grösse desselben besitzt, Extension und Contraextension wie üblich. Zur Uebersetzung des Gewichtszuges über das Bettende dient ebenfalls eine Zwirnspule, welche, auf einem Querdraht rollend, an die Längsspeichen des Bettendes mittelst Spagat befestigt wird (bei hölzernen Betten 2 Spulen und andere Befestigungsart nothwendig!).

(Wiener medic. Presse 1898 No. 50.)

- Als einfachen, billig und leicht zu beschaffenden **Verband für Oberarmfracturen** empfiehlt A. Köppen (Norden) den Aikins'schen Schienenverband, von diesem 1897 empfohlen. Ein einige cm breites Bandeisen wird mit der Hand so geformt, dass es von der Brust aus im Bogen über die Schulter des gebrochenen Armes — ohne diesem direct anzuliegen — an der äusseren hinteren Seite des Armes hinab bis unterhalb des Ellbogengelenks verläuft, von wo es nach einwärts gegen die Mittellinie gebogen wird, sodass es unter dem im rechten Winkel stehenden Vorderarm herläuft. Die vorher ausgepolsterte Schiene kann mit Heftpflasterstreifen befestigt werden. Auf den Unterarm kann man eine muldenförmig gebogene Schiene legen und an das Bandeisen heranziehen. Mit Hülfe dieser Schiene hat Autor 2 Fälle behandelt. Ein 5jähr. Mädchen erkrankte während der Masern an einer eitrigen, sequestirenden Periostitis des linken Oberarmes, sodass Autor am 16. Februar 1898 die ganze Diaphyse fortnahm. Am 28. Mai waren die Wunden geheilt, der entfernte Knochen war durch einen neugebildeten ersetzt. Am 23. Juni brach das wilde Kind durch einen Fall ihren

neuen Oberarmknochen im oberen Drittel. Nachdem Autor ein Bandeisen von  $\frac{3}{4}$  mm Dicke, 2 cm Breite und 53 cm Länge passend gebogen, umwickelte er den ganzen Arm von den Interphalangeal-Phalangealgelenken bis nach oben mit Streifen geleimter Watte und legte auf Brust und Schulter, sowie in die entgegengesetzte Achselhöhle ein ebensolches starkes Kissen. Die Watte befestigte er durch einige Touren mit Cambric-Binden. Hierauf legte er die Schienen an und sicherte deren oberen Schenkel durch eine Spica humeri mit gestärkten Gazebinden. Dann zog er den Unterarm durch Kreistouren an den unteren Theil der Schiene heran, worauf er den Oberarm in gleicher Weise mit dem Mittelstück der Schiene verband. Am 26. August lag der Verband noch wie am 1. Tage, trotzdem das Kind wild war, und als er abgenommen wurde, erwies sich der Bruch als tadellos geheilt. Auch bei Bruch des linken Humerus im chirurgischen Halse bei einem Neugeborenen (infolge Wendung) benützte Autor diese Methode, polsterte in derselben Weise, nahm aber statt des Bandeisens einen runden Eisendraht von etwa 4 mm Dicke und 35 cm Länge. Nach 4 Wochen Entfernung (die ganze Zeit über hatte er ausgehalten, unter ihm nirgends Intertrigo!), vorzügliche Heilung. — Es wäre noch Folgendes hervorzuheben: Der obere Schenkel der Schiene sei mindestens so lang, dass er ebensoweit unterhalb der Clavicula reiche, als oberhalb derselben. Man passe ihn den Umrissen der Schulter — überall in einer Entfernung von 2–3 cm — genau an und drehe dessen mediane Kante genügend nach aufwärts (damit sie nicht drücken), der einzige Handgriff, der (bei stärkerem Eisen, wie man es für Erwachsene braucht) nicht mit der blossen Hand zu verrichten ist und bei dem man neben der Feile zum Abschneiden der genauen Länge noch eine Zange nöthig hat. Die Polsterung auf der Brust muss insbesondere wegen der Clavicula eine genügend starke und wegen des auszuhaltenden Zuges eine feste sein. Die Länge des Mittelstückes sei nicht zu kurz, damit der Vorderarm dem unteren Schenkel nachher anliege. Dieser reiche bis über das Handgelenk hinaus, um diesem als Stütze zu dienen. Beide Schenkel kommen annähernd in eine Ebene zu liegen. Nachdem die Polsterung befestigt und die Schiene gebogen, lege man dieselbe von oben über

die Schulter, drücke sie fest an und sichere sie so durch Bindentouren. Ehe man den Unterarm befestigt, übe man mit ihm in rechtwinkliger Stellung zum Oberarm in der Längsachse des Humerus einen kräftigen Zug aus, wodurch die Einrichtung erfolgt. Die Wirkung des Verbandes beruht neben der Feststellung der Bruchstücke in dem Zuge, welcher durch die Verbindung des Vorderarms mit dem unteren Schienenschenkel ausgeübt wird; die Extension wird hier in einfachster Weise erreicht.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1898 No. 19.)

- Ueber eine **complicirte Calcaneusverletzung** berichtet Dr. P. Teuscher (Oberloschwitz, „Weisser Hirsch“ b. Dresden): Dem 9jähr. Pat. war beim Spiele auf der Eisbahn von einem grösseren Knaben eine Schaufel so nachgeschleudert worden, dass diese, auf dem Eise hingleitend, mit der Schärfe das Kind am Fuss getroffen und, den Strumpfdurchschneidend — er trug Holzpantoffeln — den linken Haken horizontal unterhalb der Achillessehne gespalten hatte. Die hornige Sohle mit dem plattabgetrennten Gehhöcker des Calcaneus klaffte lappenartig herunter, innen und aussen spritzten kleinste Arterien. Ein Tarsalgelenk war nicht eröffnet, aber die Verletzung war äusserst schmerzhaft, der Blutverlust aus der Spongiosa erheblich. Eine Knochennaht liess sich nicht machen, da das Kind sehr ungeberdig war, die Eltern die Narkose aber nicht zugaben. Daher wurde der Knabe auf den Bauch gelegt, gehalten und der Wundrand nach gründlichster mechanischer und desinficirender Reinigung der Wundfläche mit starker Seide genäht. Gegen Gebrauch wegen Gefahr der Jauchung Anlegung eines Drains; Gypsfensterverband, Suspension des Beines im ganzen. Heilung glatt, ohne erhebliche Schwellung und Temperatursteigerung. Der Fuss konnte nach 12 Tagen in eine im Knie geknickte Holzlade gelegt werden, an deren Seitenwände er sich freischwebend aufhängen liess. Darin verblieb er bis zur völligen Verheilung, die in 4 Wochen erfolgt war, keine Gehstörung hinterliess und sich nach nochmals 4 Wochen, während deren eifrig massirt und gebadet wurde, soweit vollendet hatte, dass eine Differenz gegen das ge-



sunde Bein nicht wahrgenommen werden konnte. — Es war für den günstigen Verlauf sicher von Vortheil, dass die Verletzung ein so junges Kind betroffen hatte, bei dem die Epiphyse noch unverknöchert, der Knochen selbst noch weich und saftig war; ungünstig war dagegen einmal die Nähe der Achillessehne, welche langen Druck nicht verträgt, sowie die sie bedeckende Haut, die zu leicht der Gangrän verfällt, besonders aber die Eröffnung der weiten Bluträume des Knocheninneren, zumal bei dem Umstande, dass dieselbe mit der rostigen, schmutzigen Schaufel bewirkt war, mit der sicher auch noch Wollfasern aus dem ja kaum „keimfreien“ Strumpf eingedrungen waren; zudem waren die beiden Ernährungsgefäße des schlecht ernährten Hakens durchtrennt und der Lappen war allein angewiesen auf die im Polsterfett der Sohlenschwarte verlaufenden zarten Blutbahnen, — also sehr günstig stand es mit der Prognose nicht!

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 4.)

- 2 seltene Luxationen hatte Dr. J. Marcuse (Mannheim) zu beobachten Gelegenheit. 1. **Luxation der grossen und 2. Zehe des rechten Fusses.** Ein 38jähriger Arbeiter fiel beim Abladen von Getreide von einer Schiffstreppe, die an einen Kasten angelehnt war, infolge Verlustes des Gleichgewichtes herab und blieb im Fallen mit dem rechten Fuss zwischen zwei Sprossen hängen. Erst in der 8. Woche sah Autor den bisher anderweitig behandelten Pat. Capitula des I. und II. Metatarsus deutlich an der Fusssohle zu fühlen und verursachten bei jedem Auftreten durch die nahe Berührung mit dem Boden intensiven Schmerz, während auf dem Dorsum die Basis der Phalangen zu palpieren waren. Active Bewegungen nicht möglich, passive in dorsaler und seitlicher Richtung in geringem Grade. Subjectiv Klagen über Schmerzen am Vorderfuss bei jedem Versuch zu gehen oder zu stehen. Repositionsversuche misslangen bei dem bisher mit Massage etc. behandelten Pat. vollständig, zu einer Operation gab derselbe keine Zustimmung; er arbeitete erst wieder, nachdem er noch 8 Monate zu Hause geblieben und erhielt von der Berufsgenossenschaft auf Autors Gutachten hin 50<sup>o</sup>/<sub>o</sub>



Rente, die er noch heute bezieht, wo das objective Bild dasselbe geblieben ist, subjectiv nur weniger Schmerzen infolge Angewöhnung an den pathologischen Zustand vorhanden sind. Die Luxation, die äusserst selten ist, kam zweifellos zustande durch forcirte Dorsalflexion, der weitere Verlauf war dann der, dass das Capitulum des Metatarsus so stark gegen die untere Kapselwand gedrängt wurde, dass dieselbe zerriss, der Metatarsus nach unten austrat und somit die Phalanx nach oben luxirt wurde. — 2. **Isolirte Luxation des Radius nach vorn:** Ein 16jähr. Bautechniker passirte einen Bauplatz, an dem Fundamentirungsarbeiten stattfanden; er rutschte aus und fiel ca. 2 m tief ins Fundament und zwar auf die linke Seite, indem er dabei mit dem linken Arm einen Halt suchte, ohne jedoch einen solchen zu finden. Schmerzhaftigkeit und Schwellung der linken Ellbogengegend. Linker Arm in leichter Flexion und Abduction, Ellbogengegend stark verbreitert, Beugungen und Streckungen nicht ausführbar, jeder Versuch äusserst schmerzhaft; Capitulum radii deutlich am vorderen Rand des Condylus extern. humeri zu fühlen, letzterer, unterhalb dessen das Capitulum fehlt, tritt stark hervor. Reposition gelingt sehr leicht, indem der Arm in flectirter Stellung extendirt wird mit gleichzeitiger Supination des Vorderarmes; ein Contentivverband, der 3 Wochen liegen blieb, vollendete die Heilung. Die Luxation, die erst so zustande kam, dass Pat. auf den unwillkürlich einen Halt suchenden, ausgestreckten Arm bei gleichzeitiger Pronationsstellung des Vorderarmes fiel, ereignete sich erst jüngst; eventl. weitere Nachtheile für Arbeitsfähigkeit daher noch nicht zu übersehen.

(Centralblatt f. Chirurgie 1898 No. 52.)

**Gewerbekrankheiten.** Ueber **Cystitis und Harnblasentumoren bei Anilinarbeitern** spricht Leichtenstern (Cöln a. Rh.). Das Vorkommen von Strangurie und Haematurie bei Anilinarbeitern ist schon seit längerer Zeit bekannt. Rehn berichtete 1895 zum 1. Male über Blasengeschwülste bei solchen Arbeitern. Leichtenstern verfügt jetzt über 2 gleiche Beobachtungen.

All diese Blasenkrankungen treten nicht bei der eigentlichen Anilinfabrication auf, auch nicht bei dem Nitrirungsprocess der Ausgangsstoffe (Benzol, Methylbenzol u. s. w.), sondern bei der Reduction der Amidokörper (Toluidin und Naphthylamin), bei letzterer treten die schwersten Erkrankungen und speciell die Tumoren auf, wie auch in den 2 beobachteten Fällen. 1. 31jähriger kräftiger Arbeiter. Symptome: Harn-drang, Harn spärlich, trüb, schwärzlichgrün, wechselnde Menge Albumen, mikroskopisch auch Blut, keine Cylinder, kein Eiter, keine ammoniakalische Gährung. Blase stark verkleinert, per rectum ein Tumor fühlbar, welcher durch die stark contrahirte hintere Blasenwand gebildet wird. In der Blase selbst lässt sich nach einigen Tagen ein Tumor feststellen, der sich aber bald zu verkleinern anfangt. Unter steter Besserung der Erscheinungen ist Pat. schliesslich wieder ganz gesund geworden. — Bei frühzeitiger richtiger Behandlung kann also ein Tumor noch rückgängig werden, da offenbar im Anfang nur entzündliche Neubildung vorliegt. Vorbedingung für die Genesung ist sofortige Entfernung aus dem Betriebe und Fernhaltung von demselben. 2. 51jähriger Mann. Seit längerer Zeit öfters Blutharn und Harndrang. Wegen heftiger Schmerzen fortwährender Morphin-gebrauch. Operation. Ganze Blase in einen Tumor verwandelt; auch Resection beider Ureteren erforderlich. Tod nach  $1\frac{1}{2}$  Tagen. Mikroskopischer Befund: Ein aus zellenarmen und zellenreichen Theilen abwechselnd zusammengesetztes Sarkom ohne Beziehung zu den Gefässen. — Posner hat 2 Mal Blasentumoren bei Arbeitern einer Naphthol- resp. Theerfabrik gesehen (im letzteren Fall gleichzeitig mit typischem Scrotalkrebs). Dem Toluidin ist die Hauptschuld beizumessen. Angriffspunkt sind die Nieren (Albuminurie); erst bei Stagniren des Harns in der Blase Reizungen derselben.

(70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf. —  
Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 42.)

- Dr. Blindreich (Wolmar) demonstriert einen **Fall von Onychia maligna infolge von Aetzung mit Weinsteinsäure**. Der 16jährige Pat. war in einer Limonadenfabrik

als Lehrling thätig und kam hier täglich mit concentr. Weinsteinsäure in Berührung. Vor 2 Jahren stellte er sich bereits vor, nachdem er schon mehrere Wochen erfolglos behandelt worden war. Damals derselbe Befund wie heut. Nägel des Daumens, des Zeige- und Mittelfingers vom Nagelbett fast abgehoben, auf Druck entleert sich Eiter, Nagelphalangen sehr schmerzhaft. Patient ist 1 Jahr in der Fabrik gewesen, seit 2 Jahren ist er arbeitsunfähig. Nachdem er vom Autor und anderen Aerzten ohne Erfolg behandelt war, suchte er die Dorpat chirurg. Klinik auf. Dort soll er mit dem scharfen Löffel und mit Thermokauter behandelt worden sein, aber ebenfalls ohne Dauererfolg. Kaum zeigte ein Nagelglied geringe Besserung, so trat die Affection an anderen auf und war hier Besserung zu constatiren, trat Verschlimmerung in den früheren Herden ein u. s. f. Seit 2 Jahren hat so continuirliche Behandlung höchstens achttägige Besserung bewirkt, alle angewandten Mittel versagten. Dabei ist nur die Nagelsubstanz erkrankt, Knochen und Muskeln gesund. Sobald die Eiterpusteln entfernt sind, überzieht sich das Nagelbett mit einer dünnen Hautplatte, welche deutlich die sich neubildende Nagelsubstanz erkennen lässt; doch wird die Regeneration des neuen Nagels, welche immer vom Grunde des Nagelfalzes ausgeht, durch wiederauftretende Eiterungen unterbrochen; der starken Schmerzhaftigkeit wegen, welche bei jeder neuen Eiteransammlung unerträglich ist, muss diese Platte immer wieder entfernt werden.

(10. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte. — St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 No. 2.)

### **Gonorrhö.** Ueber **Gonorol** berichtet Prof. Riehl (Leipzig).

Derselbe machte bei Behandlung der G. oft erfolgreich Gebrauch von Ol. lign. santal., das aber bekanntlich leider häufig unangenehme Nebenwirkungen (besonders Nephritis, Gastritis, Erytheme) hervorruft. Gonorol ist nun ein durch ein besonderes Verfahren gewonnenes (Heine & Co.) reines Santalöl und Riehl stellte damit bei 50 Pat. Versuche an (2—3 gr pro die, durch 10—30 Tage und

länger), die recht befriedigend ausfielen, indem Gonorol ebenso wirkte, wie das alte Präparat, aber nie Nebenwirkungen verursachte.

(Wiener klin. Wochenschrift 1898 No. 52.)

- Zur **Prophylaxe der G.** empfiehlt Dr. Ernst R. W. Frank (Berlin) als sicheres Mittel einfaches Auftropfen einer 20%igen Protargol-Glycerinlösung nach dem Coitus auf's Orificium urethrae externum. Dadurch ist Tripperinfection sicher zu vermeiden, ohne dass die Harnröhre irgendwie gereizt oder geschädigt wird (nur bisweilen stellt sich 12–24 Stunden nachher etwas schleimiger Ausfluss ein, ohne jede subjective Beschwerde und rasch spontan verschwindend). Also gleich post coitum bringt man 2–3 Tropfen der Lösung durch Auftropfen ins Orificium, 1–2 Tropfen dann noch aussen aufs Frenulum (um dort oder in den Mündungen etwaiger paraurethraler Gänge haftende Gonokokken unschädlich zu machen); Männer mit sehr engem, nicht zurückziehbarem Praeputium werden gut thun, den Praeputialsack mit Protargollösung auszuspielen (der Lösung kann man, um auch eventl. andere Kokken unschädlich zu machen, auch 1‰ Sublimat zusetzen!).

(VI. Congress der Deutschen Dermatolog. Gesellschaft. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1899. No. 5.)

- Bei **gonorrhöischen und nicht gonorrhöischen Katarrhen der weiblichen Genitalien** verwendet Medicinalrath Dr. Overlach mit bestem Erfolge eine Combination von Alumnol mit Zink. acetic. im Verhältniss von 4:1 und benützt sowohl zur Irrigation der Vulva, Vagina und Portio, wie zum Austupfen der Cervix und zur Tamponade des Endometrium mittelst angefeuchteter Gazestreifen eine Lösung dieser Pulvermischung von 3:1000 (leichte Dosirung und bequeme Handhabung bei Benützung der Tabletten im Gewicht von 0,5). Alumnol hat stark baktericide (besonders Gonokokken gegenüber!) und adstringirende Wirkung, welch' letztere durch das Zink. acet. erheblich verstärkt wird.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 8.)



— Gegen **Dysurie bei G.** verordnet Gerbert:

**Rp.**

*Natr. salicyl. 10,0*

*Extr. Bellad. 0,3*

*Aq. dest. 195,0*

*Tct. Cort. aur. 5,0*

M. D. S. 2—3 stdl. 1 Esslöffel.

(Nach Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 8.)

**Hyperidrosis** hat Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien) sehr erfolgreich mit **Tannoform** behandelt. Er streute das Pulver nicht bloss ein, sondern verrieb kleine Quantitäten auch direct in die Haut, wodurch es stets gelang, im Verlaufe von 5—6 Tagen die H. für 3—4 Wochen zum Verschwinden zu bringen. In 47 Fällen blieb nicht 1 Mal der Erfolg aus. Reizungserscheinungen fehlten selbst bei Kindern von 5—6 Jahren. In Fällen von H., wo es zwischen den Zehen zur Ekzembildung, Rhagaden etc. gekommen war, wurde 10%ige Salbe applicirt, worauf rasch Heilung eintrat. — Auch 68 Fälle von **Balanitis** wurden sehr günstig durch Tannoformpuder beeinflusst. Schwellung, H., übler Geruch verschwanden ungemein rasch.

(Wiener medic. Blätter 1898 No. 46.)

— Gegen **H. manuum** wird empfohlen:

**Rp.**

*Borac.*

*Acid. salicyl. aa 15,0*

*Acid. boric. 5,0*

*Glycerin.*

*Spir. dilut. aa 60,0*

D. S. 3 Mal tägl. einzureiben.

(Practioner, Nov. 1898. —

Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898 No. 23.)

— **Formalin gegen Schweissfüsse** empfiehlt Gerdeck. Er bestrich die Fusssohle 3 Mal, die Zehenzwischenräume 1 Mal täglich mit unverdünntem Formalin. Zur Beseitigung des Geruchs und Conservirung des Leders empfiehlt er ferner 4—5 Tropfen Formalin innen auf die vorher erwärmte Schuhsohle zu bringen. Die Wirkung dauert etwa 3—4 Wochen, nach

welcher Zeit die Procedur zu wiederholen ist. An Stelle des reinen Formalins kann in einzelnen Fällen bis 30% ige Lösung treten, natürlich dementsprechend häufiger wiederholt.

(Rif. medica, 15. Nov. 1898. —  
Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 5.)

**Intoxicationen.** Zu besonderer **Vorsicht bei der Anwendung von Carbol in der Kinderpraxis** rath Comby. Er sah bei einem 5jähr. an Otitis media leidenden Kinde schwere Haematurie auftreten, nachdem 6 Mal des Tages Ausspülungen des Ohres mit 1 $\frac{1}{2}$ % iger Carbollösung gemacht waren und man nach der letzten Ausspülung 5 Tropfen Carbolglycerin ins Ohr geträufelt hatte (ausserdem wurde das Ohr noch in Carbolwasser gebadet. Dies wurde 10 Tagelang gemacht.

(Soc. méd. d. hôp. de Paris, 8. Juli 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 45.)

— Eine **Bromoformvergiftung** beobachtete Dr. Schmitt (Dieburg) bei einem 4 $\frac{3}{4}$  Jahre alten Jungen, der 5 gr Bromoform getrunken hatte und  $\frac{1}{2}$  Stunde später bewusstlos zusammengesunken war. Zufällig war Autor in der Nähe. Er fand den Pat. bewusst- und regungslos, auf Anrufen, Hautreize nicht reagirend; Pupillen ad minimum verengt, ohne Reaction, Puls verlangsamt (70), unregelmässig, zeitweise kaum fühlbar, Athmung ebenfalls langsam und unregelmässig, stark nach Bromoform riechender Athem, untere Extremitäten bis zum Knie eiskalt, dann wärmer; in den Mund gegossener Kaffee wurde nicht geschluckt. Da eine Magenpumpe nicht zur Stelle war, spritzte Autor nur Campheroel ein, liess die Extremitäten kräftig reiben und durch Wärmflasche erwärmen. Der Puls wurde besser, Pat. machte einige selbstständige Bewegungen. Nun holte Autor seine Magenpumpe. Als er 1 Stunde später den Pat. wiedersah, bot dieser noch ziemlich das gleiche Bild, nur war Puls und Athmung besser geworden. Bei dem Versuch, die Magenspülung auszuführen, sträubte sich Pat. und schrie so heftig, dass ein Keuchhustenanfall ausgelöst wurde und Erbrechen eintrat. Autor stand daher von einer weiteren Therapie ab. Am nächsten Tage war Pat. auch schon ziemlich munter und erholte sich rasch.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 5.)

- **2 Morphinumvergiftungen bei Kindern** erlebte Hirschberg.  
Durch Verwechslung in der Apotheke erhielten 2 Kinder (3 resp.  $\frac{3}{4}$  Jahre alt) 0,02 resp. 0,015 Morphinum per os. Trotz der grossen Dosis und trotz langen Ausbleibens ärztlicher Hülfe (1 Stunde) beide Male Genesung. Therapie: Magenausspülung, kalte Uebergiessungen, schwarzer Kaffee, Essigklysmen.  
(Die Heilkunde, Oct. 1898.)
  
- Ueber eine **Antipyrinvergiftung** macht Lederer Mittheilung.  
Ein 8 Monate altes Kind bekam vom Vater 0,5 Antipyrin. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde fand Autor das Kind stark collabirt, fast pulslos. Starker schwarzer Kaffee, stündlich 0,05 Calomel bis zur Wirkung. Nach einigen Stunden erholte sich Pat. und genes. (Ibidem.)
  
- Einen **Beitrag zur Kenntniss der Antipyrinintoxication** liefert Dr. G. Gaul (med. Klinik, Würzburg), der an sich selbst die folgenden Beobachtungen anstellte, indem sich bei ihm im Laufe der letzten 3 Jahre eine vor dem nicht vorhandene Idiosynkrasie gegen Antipyrin herausbildete, die steigende Intensität zeigte. Bis zum Jahre 1896 konnte er ungestraft Antipyrin resp. Migränin nehmen. 1896 verursachte ihm die Einnahme von Migränin (1,1 gr) bei vollkommenem Wohlbefinden eine leichte Angina, Blasenbildung am harten Gaumen; auf der Zungenmitte zeigte sich ferner ein livider, glänzender, glatter, etwa pfenniggrosser Fleck, umgeben von einem scharfen rothen Saum, bei Berührung sehr schmerzhaft. Nach 3—4 Tagen Rückgang der Erscheinungen unter Localbehandlung mit Höllensteinlösung, die Blasendecke hob sich als ganze Membran gleichfalls ab, der livide Fleck an der Zunge verkleinerte sich. Gaul verstand die Affaire nicht. 1 Jahr später nahm er wieder mal (Vormittags 10 Uhr) 1,1 gr Migränin. Bald darauf plötzlich heftiges anhaltendes Niesen. Im Laufe des Nachmittags Trockenheit im Munde, gleichzeitig leichte Angina, zunehmende schmerzhaftes Röthung der Endglieder der Finger beider Hände mit leichtem Oedem, Abends Schüttelfrost und Fieber, dabei beschleunigte Herz-

action, Brustbeklemmung (auch in der Nacht). Tags darauf continuirliche Salivation (2 Tage anhaltend); Lippen schwellen stark an, Zunge mit dickem, weisslichem Belag versehen, wieder auch jener umschriebende livide Fleck fast an gleicher Stelle; am harten Gaumen, beiderseits von der Mittellinie, 2 prallgefüllte Blasen, etwa pfenniggross, Kauen äusserst schmerzhaft (nur flüssige Nahrung möglich!). Das juckende entzündliche Schwellungsstadium der Finger dauerte an. Am Abend des 2. Tages an der Innenseite beider unteren Extremitäten bis über Kniehöhe, besonders an den Unterschenkeln, fleckiges, polymorphes, nicht juckendes Erythem, auf Fingerdruck nur schwer verschwindend. Im Laufe der nächsten Tage zu den noch weiter bestehenden Symptomen noch Ekzema madidans an der Rückseite des Scrotums, sowie geringes Oedem des Praeputiums. Vom 4. Tage ab, wo Temperatur, Puls und Respiration normal wurden, liess allmählig der Speichelfluss nach, die Membran der Blasen am harten Gaumen löste sich, unter Reinigung der Zunge verkleinerte sich jener Fleck, die Urinsecretion, bis dahin angehalten, wurde normal. Bis zum völligen Verschwinden des Ekzema scroti und des Hauterythems dauerte es freilich noch einige Tage, auch die Fingerglieder schmerzten noch, erst nach 1 Woche völlige Sanation. Dann geringe Abschilferung der Haut an den Fingerendgliedern. Noch war dem Autor die Aetiologie der Sache nicht klar, doch wurde er im letzten Sommer nochmals das Opfer des Migränins. Schon 2–3 Stunden nach Einnahme Trockenheit des Mundes, jene Röthung und Schwellung der Finger, dann allmähliges Auftreten aller erwähnten Symptome. Dazu noch leichtes Oedem des Gesichts, besonders der oberen Augenlider. Der Speichelfluss hielt Tag und Nacht 3 Mal 24 Stunden an, die colossale ödematöse Schwellung der Lippen, die zu geringer Bläschenbildung, Excoriationen und Rhagaden führte, brauchte länger als 8 Tage, um wieder zu vergehen. Auch an den Fingern, speciell in der Gegend der Interphalangealgelenke hoben sich kleine Blasen mit wässerigem Inhalt an. Auch wieder Oedem am Präputium. Fieber von 38,5–39° 2 Tagelang. Respiration am



1. Tage beschleunigt, Puls 90–100, Urin einige Tage angehalten, dunkel, doch frei von Eiweiss, Zucker und Blut. Magen und Darm wieder frei von Erscheinungen. Nach Rückgang der Symptome in der 2. Woche mehrfach Furunkel. Alle genannten Erscheinungen wurden schon mehrfach bei Antipyrinvergiftung beobachtet, nur jene profuse Salivation ist nur 1 Mal in der Litteratur notirt. Jedenfalls mahnt der Fall wieder, vorsichtig in der Anwendung von Antipyrin und seiner Derivate zu sein.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 3.)

- Ueber einen **Fall von Opiumvergiftung, behandelt mit Kal. permang.** berichtet Dr. W. Rindfleisch (städt. Krankenanstalt, Königsberg i. Pr.). Am 13. April 1898 wurde 4 Uhr Nachmittags ein 29 jähr. Fabrikarbeiter von einem anderen Arbeiter mittelst Wagens eingebracht. Pat. soll bis 1 Uhr bei bestem Wohlbefinden gearbeitet, dann aber Nachmittags 2 1/2 Uhr ohne nachweisbare Veranlassung über Schwindel, Uebelkeit und Kopfschmerz geklagt, dann die Arbeit unterbrochen haben und sehr schnell in tiefen Schlaf versunken sein. Mehr nicht zu eruiern. Pat., ein grosser, kräftiger Mann, lag in tiefem Coma regungslos da, mit kaum wahrnehmbarer Athmung; Gesicht und Extremitäten hochgradig cyanotisch, Corneal- und Patellarreflexe absolut erloschen, Pupillen auf Stecknadelkopfgrosse contrahirt, völlig reactionslos, Haut kühl, feucht, gesammte willkürliche Musculatur in schlaffer Lähmung, Athmung in Cheyne-Stokes'schem Typus (für 1–2 Minuten anscheinend vollständig weg, dann paar tiefe stertoröse Athemzüge, dann wieder längerer Athmungsstillstand), Puls voll, gut gespannt, regelmässig (80). Gegen Apoplexie sprach das jugendliche Alter, das Verhalten der Pupillen und Athmung, auch urämisches oder diabetisches Coma konnte kaum vorliegen (Urin auch frei von Eiweiss und Zucker!). Die Erscheinungen erinnerten dagegen sehr an Opium- oder Morphinvergiftung und nur der Mangel jeder Alteration der Herzthätigkeit sprach nicht dafür. Therapeutisch wurde zunächst die Athmungsfunktion durch kalte Uebergiessungen im lauen Bade,

durch Faradisation der Phrenici und künstliche Respiration in Gang zu bringen versucht, was nur ganz wenig gelang. Dann sofort Magenausspülung mit einfachem Wasser (Magen ziemlich leer, nur leicht graugelblich getrübt, Spülwasser ohne spezifischen Geruch), 6 Liter, darauf Eingiessung von 150 ccm Rothwein und einigen Tassen schwarzen Kaffees. Immer noch keine Besserung, tiefes Coma mit absolut erloschenen Reflexen, Athmung wieder ganz schlecht, Cyanose besorgniserregend. Abermals künstliche Athmung. Inzwischen kam die Frau des Pat. und erklärte, derselbe habe wirklich aus einer Flasche Opium getrunken. Jetzt subcutane Injection von 2 ccm einer 2%igen frisch bereiteten Lösung von Kal. permang. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde noch keine Veränderung des Zustandes. Die gleiche Injection wiederholt. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde schlug Pat. die Augen auf, richtete sich auf, verlangte zu trinken, schlief dann weiter; Cyanose fast ganz weg. Nach einer weiteren halben Stunde Pat. bei völlig klarem Bewusstsein (weiterer Verlauf günstig; trotzdem sich eine fieberhafte Bronchitis entwickelte, konnte Pat. am 18. April geheilt entlassen werden). Pat. erzählte, er habe Mittags vom Portier wegen Leibscherzen eine grosse Flasche (mit Opiumtinctur) erhalten, um paar Tropfen davon zu nehmen, er habe aber soviel wie einen „kleinen Schnaps“ (!) genommen (sicher also weit über das Doppelte der letalen Dosis!). Trotz dieser hohen Dosis hat offenbar das Kal. permang. hier recht rasch seine Wirkung entfaltet (Kal. permang. giebt sehr leicht seinen Sauerstoff an organische Verbindungen ab, indem das Salz zu dem in Lösung fast farblosen Manganoxysalz reducirt wird, während sich Mangansuperoxyd in braunen Flecken abscheidet; Morphin und seine Salze, die über eine sehr ausgesprochene Oxydirbarkeit verfügen, werden unter Einwirkung des Kal. permang. in Oxydimorphin, eine relativ ungiftige Substanz umgewandelt). Die Litteratur verfügt ja bereits über eine Anzahl ähnlicher Fälle. Es hat sich herausgestellt, dass ungefähr gleiche Mengen beider Salze zur völligen Reduction des einen, zur Oxydation und Entgiftung des anderen erforderlich sind. Jedenfalls ist stets das rettende Antidot

heranzuziehen! Für gewöhnlich wird man zunächst den Magen reinspülen mittelst Kal. permang. (1:1000—2000), bis die Lösung ungefärbt zurückkommt und dann je nach der Menge des Giftes Kal. permang. per os geben (0,1—0,5:100,0  $\frac{1}{4}$  stündl. 1 Thee- bis Esslöffel) und zwar auch bei subcutaner Morphinvergiftung; nur wenn bereits viel Zeit seit der Intoxication verflossen ist oder der Anwendung des Magenschlauches sich Schwierigkeiten in den Weg stellen, kommt die subcutane Application in Betracht. (Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 No. 3.)

- Einen Fall von acuter Vergiftung mit *Hydrastis canad.* beobachtete Dr. F. Miodowski (Forst i. L.). Ein 45 jähr. Kaufmann litt seit mehreren Wochen an einer lästigen Bronchitis mit viel Auswurf. Autor verordnete Verschiedenes, die Affection kam aber immer wieder. Objectiv: Kein Fieber, keine Dämpfung, nur reichliches diffuses, mittelblasiges, feuchtes Rasseln über der ganzen Lunge, Athmung gut, Herzgrenzen normal, Herztöne völlig rein, Puls regelmässig und kräftig, Pulsfrequenz normal. Um nun durch eventl. Contraction der Lungenblutgefäße eine Verminderung der Secretion in den Bronchien und ein Nachlassen der Entzündung herbeizuführen, verordnete Autor jetzt Extract. fluid. Hydrast. canad. (3 Mal täglich 20 Tropfen), womit er in ähnlichen Fällen vielfach Erfolge erzielt hatte. In der nächsten Nacht aber wurde er zu dem Pat. gerufen, den er in folgendem Zustande antraf: Er sass mit vornübergebeugtem Oberkörper auf dem Sopha, mit den Händen sich krampfhaft an dessen Lehnen haltend; Augen ängstlich in der Stube umherirrend, Gesichtsfarbe livid, Lippenschleimhaut und Zunge stark cyanotisch; Respiration rasch, auxiliäre Athemmuskeln dabei kräftig angespannt, bei jeder Inspiration schon von ferne Rasseln hörbar, bei der Expiration mehr Pfeifen; Puls klein, weich, leicht unterdrückbar, erheblich verlangsamt; Stirn mit kaltem Schweiß bedeckt: auf den Lungen überall mittel- und feinblasiges Rasseln, ohne dass Dämpfung nachweisbar, besonders stark in der linken Seite, wo auch stellenweise Bronchialathmen; Herztöne infolge der Lungengeräusche schwer



hörbar, aber völlig rein, verlangsamt. Nachdem Pat. verschiedene Excitantien erhalten hat und auch Brechen eingetreten, besserte sich der Zustand allmählig, die Respiration ward ruhiger, das Pfeifen und Rasseln liess nach, der Puls wurde kräftiger und regelmässiger, Pat. erholte sich nach und nach. Er hatte die Tropfen erst 2 Mal genommen, zuletzt Abends, worauf bald der geschilderte Zustand eintrat, wohl auf Herzerschlaffung beruhend, die dann secundär durch Stauung zu Lungenödem führte. Da dies schon nach 40 Tropfen des Mittels sich ereignete, ist jedenfalls Vorsicht geboten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 5.)

- **Delirium nach Salicylgebrauch** beobachtete Rendu bei einer jungen Frau, die wegen acutem Gelenkrheumatismus 6 gr Natr. salicyl. erhielt, worauf am folgenden Abend plötzlich Gesichts- und Gehörshallucinationen eintraten und sie zu toben begann; die vorher schmerzhaften Gelenke waren dabei unempfindlich, der Schweissausbruch hörte auf, der vorher normale Urin wurde spärlich und enthielt viel Albumen und Indican, die Temperatur betrug 38°. Nach Aussetzen des Salicyls verschwand der Zustand in 2 Tagen. — Eine ähnliche Beobachtung theilte Bernard mit. Eine 45 jährige Frau mit acutem Gelenkrheumatismus ohne Complicationen und mit Temp. 38,4°, bekam 8 gr Natr. salicyl. in refracta dosi. Am folgenden Tage ging es besser, sie nahm Salicyl weiter. Bald aber begann sie so zu toben, dass sie in die Zwangsjacke musste; nach 2 Tagen war wieder der Normalzustand hergestellt.

(Soc. méd. d. hôpitaux. —

Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 5.)

- Einen **Beitrag zur Idiosynkrasie gegen Jodkali** liefert Dr. Wunderlich (Neudorf): Junger, kräftiger Mensch von 22 Jahren bekam wegen eines verdächtigen Drüsenpakets in der Leistengegend Kal. jodat. (5,0 : 150,0 3 Mal täglich 1 Esslöffel). Nach dem dritten Löffel starker Schnupfen, bedeutende Conjunctivitis mit Lidödem, Stirnschmerzen und vor allem sehr beträchtliches Glottisödem, sodass man ernstlich Tracheotomie erwog. Therapie: Magnes. sulfur. in grossen Dosen, warmes protrahirtes Bad, grosse Senfteige



neben Aussetzen der Medication. Nach einigen Tagen alle Symptome weg, ausser den Kopfschmerzen, die aber auch bald (auf Antipyrin) wichen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 47.)

— **Arseniklähmungen** scheinen nicht einheitlichen Charakter zu haben; wenigstens hat man im Rückenmark verschiedentlich Läsionen dabei gefunden, während v. Leyden die Auffassung einer peripheren degenerativen Neuritis hat. Eine solche muss auch bei einem jetzt von Dr. Facklam (Lübeck) publicirten Fall von acuter Arseniklähmung angenommen werden. Ein 16jähriges Mädchen hatte Mäusegift genommen, worin Acid. arsenic. etwa zu 0,25—0,3 enthalten war. Sehr geringe Symptome seitens des Gastrointestinaltractus, am 8. Tage urticariaartiges Exanthem (am 15. Tage, bei Eintritt der Patientin in die Klinik, zahlreiche kleine Knötchen an den unteren Bauch- und Thoraxparthieen. Haut stark pigmentirt und auffallend trocken, Handteller, Fusssohlen und Nägel schuppten), schon 5 Tage nach der Vergiftung Schwäche der Beine, allmählig Parese sämtlicher Extremitäten mit einem Höhepunkt 6—7 Wochen nach Einnahme des Giftes. Extensoren stärker afficirt, partielle Entartungsreaction in beiden Nn. peronei und der Daumenballenmuskulatur, in den anderen Muskeln nur Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit; auch Sensibilität gestört, am wenigsten Temperatur- und Muskelsinn. Keine Störungen von Seiten des Centralnervensystems. Auch die allmählig eintretende Besserung entsprach durchaus dem Heilungsmodus bei peripherer Neuritis.

(Archiv f. Psychiatrie, Bd. 31, Heft 1—2.)

**Lupus.** Ueber eine Methode der ambulanten Behandlung macht Doc. Dr. S. Ehrmann (Wien) Mittheilung. Manche Fälle von S. sind inoperabel vermöge ihres Sitzes, ihrer Ausdehnung in die Fläche und Tiefe, manche Pat. lassen sich überhaupt nicht ins Spital aufnehmen, sondern wollen unbedingt ambulant behandelt werden. Da benützt nun Autor seit Jahren eine Methode, die ihm wesentliche Dienste geleistet hat. Er hat Pat., die sich jeden Winter dieser Behandlung unterziehen, um dann im Frühling,

Sommer, Herbst ohne Beschwerden ihrem Erwerb nachzugehen, worauf sie die neu auftauchenden Lupusmassen wieder zum Schwinden bringen lassen. In anderen Fällen gelang es, Fälle mit grossen Lupusmassen auf Lippen, Gesicht etc. und allen Anzeichen fortschreitender Affection z. B. durch 6 Jahre stationär zu erhalten. Die Methode besteht in Application einer 30%igen Resorcinpaste:

Rp.

*Resorcin. 3,0*

*Lanolin. 4,0*

*Ung. simpl. 2,0*

D. S. Auf Leinwand gestrichen, Morgens und Abends aufzulegen.

Schon nach 12stündiger Einwirkung oberflächliche Schichten grauweiss. Nach Abreibung (Watte) dieser nekrotisirten Massen wird wieder Paste aufgelegt und so 8—10 Tage lang (hat Pat. dann Schmerzen, dann 3—4 Tage Borsalbe). Meist Fortsetzung der Cur durch einige Wochen und selbst Monate nöthig, dann aber wesentliche Besserung (das zwischen den Lupusknötchen liegende Gewebe bleibt intact!) und zwar auch bei *L. papillaris (verrucosus)*. Nur 2 Mal unter 98 so behandelten Fällen konnte nicht sofort das ganze lupöse Gebiet in Angriff genommen werden, sondern man musste schrittweise vorgehen; es war hier der L. ungeheuer weit ausgedehnt (ganze Extremitäten).

(Wiener medic. Blätter 1899 No. 2.)

— Spontanheilung eines ausgedehnten *L. faciei* nach abdominaler Exstirpation eines tuberculösen eitrigen Tuboovarialtumors und eines tuberculösen periproktitischen Abscesses beobachtete Dr. L. Seeligmann (Hamburg) bei einer 40jähr., hereditär belasteten Pat., die seit etwa 6 Jahren Schmerzen im Unterleib hatte, gegen die schon verschiedentlich therapeutische Maassnahmen erfolglos angewandt waren. Auf Grund des Befundes machte Autor am 22. Oct. 1898 die Laparotomie behufs Entfernung der obengenannten Affectionen, die auch gelang. Am 16. Tage post operat. verliess Pat. das Bett, von ihren Beschwerden befreit. Nun hatte Pat. seit mehreren Jahren auch einen ausgebreiteten L. des Gesichts und behaarten

Kopfes. Specialärztlicherseits waren dagegen verschiedene Mittel versucht worden, aber eine Heilung wurde nicht erzielt, im Gegentheil: der L. dehnte sich immer weiter aus. In der Reconvalescentz der Laparotomie nun heilte dieser L. ohne jegliche Medication mit glatten, schönen Narben völlig aus und ist bis jetzt (22. Dec. 1898) nirgends recidivirt! Nun war zwar der Eiter der exstirpirten Tumoren auf Tuberkelbacillen nicht untersucht worden, aber Gonorrhö lag sicher nicht vor, vielmehr ist die Annahme hier wohl ganz berechtigt, dass es sich um Tuberculose handelte, dass nach Resorption von tuberculösem Material (Toxinen) in dem kleinen Becken dieses sich an der Prädilectionsstelle der äusseren Haut manifestirte und dass nach Ausschaltung des primären Herdes dann auch der secundäre verschwand. (Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 4.)

**Pruritus.** Gegen **P. bei Icterus** wendet Boulland mit Erfolg Ichthyol in folgender Form an:

Rp.

*Ichthyol. 2,5—5,0*

*Spirit.*

*Aether. sulfur. aa 25,0*

D. S. Aeusserlich.

(Boston med. and. surg. Journ. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1898 No. 45.)

— **Die Behandlung des P. senilis durch Darmantiseptis** empfiehlt als sicher wirkend Prof. Parisot (Nancy). Der Pat. wird purgirt, dann auf Milchdiät gesetzt und erhält täglich 2 gr Benzonaphthol; schon nach 24 Stunden Jucken dauernd weg.

(Sem. méd. Febr. 1899. —  
Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1899 No. 3.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber den Begriff des Puerperalfiebers und die praktische Bedeutung der Definition der Krankheit lässt sich Prof. R. Olshausen aus. Betreffs der Definition müssen zunächst Zweifel auftauchen. Soll man den Namen Puerperalfieber beschränken auf die durch Streptokokken und Staphylokokken hervorgerufenen Erkrankungen? Nein! Die Annahme, dass jene Mikroben,

in den Genitalcanal eingeführt, stets zur Infection führen, ist jetzt ebenso widerlegt, wie die Ansicht, dass Fäulniserreger nie zu einer solchen führen könnten. Auch das *Bacterium coli*, des *Pneumococcus* ferner können ebenfalls in die Gewebe des Genitaltractus invadiren und schwere, selbst letale Erkrankungen unter ganz ähnlichen örtlichen Alterationen hervorrufen, wie die gewöhnlichen Erreger der puerperalen Infection. Es gelingt wohl häufig, in vivo festzustellen, welche Mikrobien der schuldige Theil sind, oft genug aber misslingt das und auch die Eintheilung in ebensoviel Krankheiten, als es inficirende Organismen giebt, ist zur Zeit noch unmöglich. Ebenso ist heut unmöglich eine Trennung zwischen Infection und Intoxication, sie ist praktisch auch gar nicht gerechtfertigt. Wissen muss man aber, dass es Infectionen anderer Art giebt, welche vom Genitaltract einer Wöchnerin ihren Ausgangspunkt nehmen und zum Theil Allgemeinerkrankungen schwerster Art bedingen können: Tetanus, Scarlatina, Diphtherie. Die können ebenfalls Wundinfectionskrankheiten im Wochenbett sein, aber „Wochenbettfieber“ sind sie nicht, weil sie eben etwas ganz Specifisches in der Aetiologie, Symptomatologie u. s. w. darstellen. Noch wichtiger ist die Frage, welche Stellung die Gonorrhö im Wochenbett einnimmt, wegen der Häufigkeit der Gonorrhö in demselben und wegen der grossen Aehnlichkeit, welche die gonorrhöische Erkrankung der Wöchnerinnen so oft mit septischen Processen zeigt, besonders die acute Peritonitis gonorrhoeica. Der Beginn derselben gestaltet sich oft genau so, wie eine septische Erkrankung, aber der Ausgang ist meist ein günstiger, wenn auch nicht immer, da sie auch diffus werden und auch letal enden kann (so kommt es vor, dass ein Ehemann 2 Frauen im 1. Wochenbett daran verliert). Wir werden also oft hier nicht in der Lage sein, klinisch beide Affectionen auseinander zu halten und bisweilen gelingt auch der bakteriologische Nachweis nicht. Und doch dürfen wir bei Gonorrhö nicht von Puerperalfieber reden; auch sie ist eine specifische Affec-



tion, ferner bedürfen die Gonokokken, um das Individuum zu inficiren, keiner Wunde, sie bilden keine Toxine und vergiften den Körper nicht. Puerperalfieber soll man eben nur solche Erkrankungen der Wöchnerinnen nennen, welche durch septische Mikroorganismen, einschliesslich der gewöhnlich nur als Saprophyten im Genitalcanal existirenden Anaëroben, bedingt werden. Eine solche präzise Definition hat erheblichen praktischen Werth. So bezüglich der Anzeigepflicht. Ist der Arzt verpflichtet, eine zweifellos oder doch seiner Ueberzeugung nach gonorrhoeische Peritonitis einer Wöchnerin anzuzeigen? Ganz gewiss nicht! Freilich, auch verdächtige Fälle sollen angezeigt werden! Das heisst doch aber richtig nur „dem behandelnden Arzt“ verdächtige, nicht z. B. dem beamteten Arzte verdächtige, der sie vielleicht gar nicht gesehen hat. Und doch sind in meiner Zeit Aerzte verurtheilt worden, welche die Meldung unterlassen, weil ihnen eben ihr Fall nicht verdächtig war. Allerdings werden ja auch Missgriffe infolge diagnostischer Irrthümer vorkommen. Was aber würde werden, wenn alle Fälle angezeigt würden, die irgend ein Symptom mit dem Kindbettfieber gemein hätten und darum irgendwem verdächtig erschienen? Dann müsste jeder Fall mit über 38° Fieber angezeigt werden, d. h. 15–20% aller Fälle und der Nutzen der Anzeigepflicht wäre illusorisch! Dazu noch ein Punkt: die gerichtlich-medizinische Seite. Ein Arzt (resp. Hebamme) wird nach dem Tode einer in puerperio, unter Fieber Gestorbenen angeklagt. Genügt das, wenn die Geburt eine spontane und normale, der Angeklagte der einzig Untersuchende war, zur Begründung der Verurtheilung? Selbst die, welche eine Autoinfection leugnen, könnten heut dies nicht mehr bejahen; indem ja eine Gonokokkeninfection, welche der septischen ganz ähnlich sein kann und event. ebenfalls letal endet, vorgelegen haben könnte. Also der Tod an Peritonitis könnte nie sicher als fahrlässige Tödtung aufgefasst werden.

— Zur **Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem elastischen Ballon** berichtet Dr. Westphalen (Flensburg) über folgenden Fall: Am 7. Febr. 1898 kam eine 34 jährige VI para in seine Behandlung. Letzte Menses Sept. 1897. Seit Mitte Januar, jetzt 3 Wochen, Blasenbeschwerden, erst Dysurie, dann Ischuria paradoxa. Seit 3 Tagen völlige Bettruhe, seit derselben Zeit 1—2 Mal täglich katheterisirt. Seit 8 Tagen stetig zunehmende Anschwellung beider Beine. Stuhlgang auf Drastica und Klystier. Status: Ziemlich gut genährte, anämische Frau; beträchtliche ödematöse Schwellung beider Beine bis hoch über die Kniee; nach Katheterismus fühlt man im Abdomen die obere Kuppe eines die Symphyse um 4 Fingerbreite überragenden Tumors; Portio ganz vorn oberhalb der Symphyse, in der Kreuzbeinaushöhlung grosser cystischer Tumor, der mit dem über dem Beckeneingang fühlbaren Tumor in directem Zusammenhange steht; Cyanose der Scheide. Repositionsversuch in Rückenlage und Knieellenbogenlage erfolglos. Ordination: Seitenlage. Am 8. Febr. nochmaliger Versuch, in Knieellenbogenlage manuell von der Vagina aus zu reponiren. Der Uterus lässt sich bis ans Promontorium heben, fällt aber wieder zurück. Als dann Narkose und Repositionsversuch mit Zangenzug. Es bestehen anscheinend flächenhafte Verwachsungen mit dem Bauchfell des Cavum Douglasii. Der Uterus lässt sich mit der halben Hand bis über das Promontorium empordrücken, bei Nachlassen des Druckes aber nimmt er sofort die alte Lage wieder ein. Nun legte Autor einen grossen Kolpeurynter in die Scheide und brachte die Pat. in Seitenbauchlage mit erhöhtem Becken. Am nächsten Morgen hatte sie spontan Urin gelassen, die Beine waren völlig abgeschwollen; nach Entfernung des Kolpeurynters steht die Portio in der Beckenmitte. Noch einige Tage Seitenlage. Von da ab ganz normaler Fortgang der Schwangerschaft und am 14. März Spontangeburt eines ausgetragenen Knaben. — Ob hier nun die Adhäsionen durch das Zusammenwirken der verschiedenen Factoren (Kolpeuryse, Lagerung etc.) gesprengt oder gedehnt wurden, oder

ob nicht vielleicht daneben die Parietalserosa eine allmähliche Verschiebung nach oben erlitten hat, will Autor nicht entscheiden, jedenfalls aber wird er das nächste Mal die Kolpeuryse vor dem Repositionsversuch in der Narkose ausführen, als das schonendere Verfahren. Das starke Stauungsödem der unteren Extremitäten, welches in den letzten Tagen trotz der Bettruhe wuchs, nach Reposition des Uterus aber plötzlich schwand, kann wohl bloss durch Compression des centralen Theils der Vena iliaca externa durch den über den Beckeneingang hinausquellenden Theil des schwangeren Uterus entstanden sein. (Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 5.)

- **Einen Fall von frühzeitiger Schwangerschaft** theilt Guerin-Valmale mit. Es handelte sich um ein 14½jähriges, sehr kräftig entwickeltes Mädchen (gleich einer 18—19-jährigen). 1. Regel mit 13 Jahren. Baudelocque'sche D. 18,5 cm, Geburt und Wochenbett glatt. — Es ist dies der 6. Fall von frühzeitiger Gravidität in Frankreich (auch bei den Anderen schwankte das Alter zwischen 12—16 Jahren.

(Nouveau Montpellier Médical 1898 No. 45. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 1.)

- **Ueber einen Fall von wiederholter Schwangerschaft bei lienaler Leukämie** macht Schröder Mittheilung. 10 ähnliche Fälle existiren in der Litteratur. Autor meint gleich Sänger, die künstliche Frühgeburt sei hier wohl angezeigt, der Abort aber nur dann, wenn die Erscheinungen sehr hochgradig sind. Sänger hat behauptet, eine intrauterine Uebertragung der Leukämie finde nicht statt; dieser Satz wurde durch Schröder's Fall bestätigt.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. 57, Heft 1.)

- **Orexin. basic. bei Schwangerschaftserbrechen** empfiehlt warm Dr. Hermann (Biebrich). Das Mittel (hergestellt von Kalle & Co., Biebrich) versagte in keinem Falle, sondern schaffte, selbst wenn die üblichen Mittel bereits versagt, das Erbrechen sehr bald weg. Meist trat dieser Effect schon nach einigen Pulvern (à 0,3, welche 3 Mal täglich gegeben wurden) ein und das Erbrechen kehrte nicht wieder.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 1.)



**Tuberculose.** Mit dem von Prof. Dreser empfohlenen, in den Elberfelder Farbenfabriken hergestellten **Heroin** (Diessigsäureester des Morphins) stellte Dr. Floret (Elberfeld)  $\frac{1}{2}$  Jahr Versuche an, die sehr günstig ausfielen. So leistete das Mittel bei Phthise werthvolle Dienste, indem es auch in vorgerücktem Stadium sofortige Besserung des Hustens brachte; nur bei 4 von 25 Phthisikern hatte es (3 Mal 0,01) keinen Erfolg. Aber auch sonst zeigte es sich als promptwirkendes Mittel zur Bekämpfung des Hustens und der Brustschmerzen, z. B. bei Katarrhen der Luftwege (Angina, Pharyngitis, Tracheitis, Bronchitis), von denen etwa 60 Fälle (acute und chronische) so behandelt wurden. Besonders günstig wirkte es auch auf Asthma bronchiale ein. In den obengenannten Dosen (0,005 bis 0,01—0,02 3—4 Mal täglich) übte es nie ungünstige Nebenwirkungen aus (man kann auch tropfenweise eine mit einigen Tropfen verdünnter Essigsäure hergestellte Lösung geben, sonst in Pulverform mit Sacch. alb.)

(Therap. Monatshefte 1898 No. 9.)

— **Heroin** versuchte auch Dr. G. Strube (Berlin, II. medic. Universitätsklinik) bei 50 Pat., hauptsächlich Phthisikern, denen er in Pillenform Dosen von 0,005 gab (im allgemeinen ging er nicht über 0,01 pro dosi und 0,025 pro die). Die Pat. fühlten sich nach jeder Pille „müde werden“, husteten nicht mehr und schliefen oft ein. Diese Wirkung trat bei fast allen ein. begann meist  $\frac{1}{2}$  Stunde nach Einnahme und dauerte 2—4 Stunden. Pat., die der beständige Hustenreiz am Einschlafen hinderte, schliefen nach 0,005 Heroin die ganze Nacht. Andere mit erheblicher Secretion, Cavernebildung etc. wachten nach 3—4 Stunden auf, nahmen noch 1 Pille und schliefen dann bis zum Morgen. Nur selten versagte das Mittel. Mit der Verminderung des Hustens ging oft ein ganz erhebliches Herabgehen der Athemfrequenz Hand in Hand, aber nicht etwa collapsartig, sondern die Athmung blieb ruhig und gleichmässig, der Puls kräftig, die Frequenz unvermindert.

(Berliner klin. Wochenschrift 1898 No. 45.)



- Auch Doc. Dr. Jul. Weiss (Wien) hat **Heroin** als vorzügliches Substituens des Morphins bei Phthisis schätzen gelernt. Auch bei acuter Bronchitis, bei Bronchialaffectionen mit Herzleiden bewährte sich das Mittel gut. Bei verschiedenen schmerzhaften Leiden kam ferner die sedative Wirkung voll zur Geltung.

(Die Heilkunde, Oct. 1898.)

- Ein neues Morphiumberivat (Merck, Darmstadt) das **Dionin** (äthylirtes Morphin und zwar das salzsaure Salz des Aethylmorphin, ein weisses, etwas bitteres, in Wasser und Alkohol leicht lösliches Pulver) versuchte Dr. J. Korte (Stadtlazareth Danzig) in einer grossen Anzahl von Fällen, namentlich von Phthisis. Es erwies sich als vortreffliches, zuverlässiges Mittel zur Bekämpfung des Reizhustens bei beginnender Phthise, sodass es sich an Stelle des Morphiums und Codeins bei allen nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberculose (ferner auch bei chron. Bronchitis, Lungenemphysem und Asthma bronchiale) sehr empfiehlt (nie ein Misserfolg!); es beseitigte Husten und Dyspnö, die asthmatischen Anfälle hörten auf, die Expectoration und Schweisssecretion wurden oft ebenfalls günstig beeinflusst und allgemeine Beruhigung und Schlaf bewirkt (sonst wirkte es bei anderen Affectionen als schmerzstillendes Mittel nicht so prompt, ist aber immerhin auch hier des Versuches werth!) Gegeben wurde es 3 Mal tägl. (à 0,015) oder Abends (0,03):

Rp.

*Dionin. 0,3*  
*Aq. dest 20,0*  
3 Mal täglich 15 Tropfen  
in Zuckerwasser.

Rp.

*Dionin. 0,3*  
*Rad. et Succ. Liq.*  
q. s. ut. f. pill. No. 30.  
S. 3–4 Mal tägl. 1 Pille  
(Abends 2–3 Pillen).

Rp.

*Dionin. 0,5*  
*Syr. simpl. 100,0*  
S. Abends 1 Theelöffel.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 1.)

- **Perucognac**, genannt „Perco“ (Dallmann & Cie., Gummersbach) hat sein Erfinder, Dr. Schmey (Beuthen o. S.) immer mehr als vortreffliches Mittel bei Phthisis

schätzen gelernt. Ohne unangenehme Nebenwirkungen hervorzubringen, beeinflusst er aufs günstigste das Allgemeinbefinden, den Appetit und das Körpergewicht und vermag, namentlich in den Anfangsstadien, wesentlich zur Heilung beizutragen. Auch in der Kinderpraxis leistet das wohlschmeckende Mittel (in Milch verabreicht) gute Dienste. Dasselbe kann endlich auch mit Vortheil verdunstet und inhalirt werden.

(Deutsche Medicinal-Ztg., 1898, No. 95.)

— Hochheim spricht über **Conjunctivaltuberculose** mit Hinsicht auf einen im September v. J. in der Augenklinik beobachteten Fall. Pat., der bis in sein Alter hinein stets gesund gewesen, auch hereditär nicht belastet ist, erkrankte erst Mitte Juli, indem die Lider des linken Auges beim Erwachen Morgens geschwollen und verklebt waren. In der folgenden Zeit soll das Auge stets geröthet, Morgens verklebt, nicht schmerzhaft gewesen sein; stärkere Secretion seit 14 Tagen. Status praesens: 76jähriger Greis. Beide Lider des linken Auges leicht geschwollen, von blauröthlicher Farbe. Lidrand mit Krusten bedeckt, Wimpern unten fehlend. Ektropium mässigen Grades, unten stärker als oben. Aeusserer Lidwinkel normal; der innere von einem Geschwür eingenommen, dessen Grund von rothen Granulationen und etwas Eiter bedeckt ist. Die Karunkel fehlt vollständig. Die ganze Bindehaut beider Lider bis in die Uebergangsfalten von rosa Granulationen überkleidet, die den intermarginalen Theil bereits aufgezehrt haben. Am oberen und unteren Lide, nahe dem äusseren Lidwinkel, je ein flaches Geschwür. Conjunctiva bulbi flach chemotisch, von rosa Farbe. Nasal von der Hornhaut ist sie in grosser Ausdehnung von einer Geschwulst eingenommen; auch unten und aussen Tumorbildung unterhalb der Bindehaut. Die unter der Conjunctiva bulbi gelegenen Tumoren fühlen sich hart an, ebenso die Conjunctiva palpebrarum, die von den harten Tumormassen durchsetzt erscheint. Die Cornea hat durch diffuse Trübung, sowie durch kleinste Infiltrate an Transparenz verloren; von allen Seiten ziehen oberflächliche Gefässe in dieselbe. Augapfel steht etwas höher als rechts; Beweglichkeit nur nach unten ein wenig beschränkt, keine *Protrusio*. Praeauriculardrüsen nicht geschwollen, ebenso-

wenig Submaxillardrüsen. Visus. R + = 2,75 DS fast  $\frac{1}{2}$ , L.E.S. fast  $\frac{1}{5}$ . — Das Alter des Pat., die Härte der Geschwulst, Ort und Art der Geschwüre, das Fehlen der Drüsenschwellung, der mangelnde Nachweis einer Ursache für die Entstehung der Erkrankung sprachen für Carcinom. Differentialdiagnostisch kam — Syphilis konnte, zumal bei dem Fehlen jedes sonstigen Zeichens dafür, ausgeschlossen werden — nur Tuberculose in Betracht. T. der Conjunctiva ist zwar eine Affection des jungen Alters, doch sind einzelne Fälle auch bei älteren Leuten beobachtet. Doch die Art der Geschwüre war anders als bei T., wo sie sonst hirsekorngross, mit buchtig-zackigen Rändern oder tief, kraterförmig, mit käsig-bröckligem Belag besetzten Grunde sind. Auch das Fehlen der Drüsenschwellung, die sonst gerade bei T. der Conjunctiva früh eintritt, sprach gegen T., wesshalb Carcinom diagnostieirt wurde. Die Untersuchung eines probeexcidirten Stückchens ergab eine starke Durchwucherung der unter der Conjunctiva gelegenen Gewebe mit epitheloiden Zellen, typische Tuberkel mit centraler Verkäsung und Riesenzellen. Also doch Tuberculose! Bei einer nochmaligen genauen Localinspection fanden sich auch in der Conjunctiva tarsi des oberen Lides gerade noch eben sichtbar eine erhebliche Anzahl kleiner, etwa hirsekorngrosser, grauer, etwas prominenter Knötchen, die sich bis in die Uebergangsfalte hinein verfolgen liessen und auch im unteren Lide fanden sich Andeutungen davon. Färbung auf Tuberkelbacillen in Schnitten positiv, Impfung eines Stückchens in die Vorderkammer des Kaninchens erfolgreich — also zweifellos T., wenn auch in eigenthümlicher Form! Die diagnostischen Schwierigkeiten sind oft gross. Meist wird ja der histologische Befund maassgebend sein, aber nicht immer: spät syphilitische Tumoren und ulceröse Processe z. B. zeigen oft vollkommen tuberculösen Bau! Also stets wird man auf Bacillen fahnden müssen, eventl. Impfversuche zu machen haben, um keine Fehldiagnose zu stellen. In Bezug auf die Genese einer derartigen T. glaubt Autor an primäre ektogene Infection, wenn auch secundäre In-



fection der Conjunctiva per continuitatem vom Bulbus-innern aus vorkommen kann. Prognostisch ist T. der Conjunctiva günstig. Obigem Pat. wurde die erkrankte Bindehaut incl. Bulbus exstirpirt aus Rücksicht auf die lange Dauer der Behandlung bei dem Alter des Kranken, auf das erheblich reducirte Sehvermögen u. s. w.

(Medicin. Verein zu Greifswald, 3. Dec. 1898. —  
Vereinsbeilage der Deutsch. medic. Wochenschrift No. 3, 1899.)

### **Typhus abdominalis. T. bei einem 2 monatlichen**

Kinde beobachtete Cassoute, das mit vagen Symptomen (hauptsächlich gelbliche diarrhoische Stühle bei subnormaler Temperatur und Collapsanfällen) in's Spital kam. Da zur Zeit Typhus herrschte, wurde eine Serumprobe angestellt, die eine zwar langsame, aber nach  $\frac{1}{2}$  Stunde complete Agglutination ergab. Die Section deckte dann mehrere ulcerirte Peyer'sche Plaques auf. Man erkennt die Wichtigkeit der Serumprobe in diesem Falle, wo die unbestimmten Symptome und besonders die Hypothermie die Diagnose so erschweren.

(La Médéc. mod. 1898 No. 73. —  
Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 2.)

### **— Bitrige Epididymitis als Typhuscomplication beschreibt**

Dr. J. Strasburger (Bonn, med. Klinik). Der 24 jährige Pat. klagte nach einem eben durchgemachten mittelschweren T., 3 Wochen nach völliger Entfieberung, nachdem er schon 5 Tage aufzustehen begonnen hatte, ganz plötzlich über Schmerzen im rechten Hoden und den zugehörigen Leistendrüsen; zugleich beobachtete er, dass im Verlaufe von 5 Minuten sich eine starke Schwellung des Hodens entwickelte. In der That bestand starke Schwellung und Druckempfindlichkeit, aber nur des rechten Nebenhodens, während Hoden und Samenstrang frei waren. Leichte Temperaturerhöhung, sonst nichts Besonderes, auch an den Genitalien nicht. In den nächsten Tagen einige abendliche Fiebersteigerungen, diese und die Schmerzen verschwanden aber bald und nur die Schwellung blieb zurück. 28 Tage nach Beginn der Affection auf der Vorderseite der Geschwulst 2 vorge-



wölbte, fluctuirende Stellen. Probepunction ergab Eiter. Incision, Jodoformgazetamponade. Erst nach 14 Tagen Nachlass der Eiterung, allmäliger Schluss der Fisteln; es hatte sich zwischen Nebenhoden und Scrotalhaut eine Verwachsung gebildet, auch liessen sich im Nebenhoden noch einige Verhärtungen constatiren, sonst alles normal. — Einfache, nicht eitrige Entzündungen des Hodens und Nebenhodens compliciren häufig den T., eitrige sind sehr selten. Letztere befallen meist junge Leute, sind stets einseitig und entwickeln sich in der Reconvalescenz. Auffallend war hier neben dem isolirten Befallenwerden des Nebenhodens der plötzliche Beginn und die rasche Entwicklung der Geschwulst. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Typhusbacillen auch fiel die Widalsche Probe positiv aus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 1.)

- Seine Erfahrungen über die Gruber-Widal'sche Sero-diagnostik des T. fasst Prof. v. Leube folgendermaassen zusammen: Die anfänglich benützten Verdünnungen des Serums mit der 10—15fachen Menge einer frischen, höchstens 24 Stunden alten Typhusculturbouillon sind unbrauchbar. Erst bei Verdünnungen von 1:30—50 giebt das Serum von Nichttyphösen sicher ein negatives Resultat, das von Typhösen agglutiniert oft noch bei 1000facher Verdünnung. Die mikroskopische Reaction ist der makroskopischen vorzuziehen, welch' letztere oft erst später als erstere erscheint. Erhält man ein positives Resultat, so kann man mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit die Diagnose T. stellen, je rascher und je stärker die Reaction eintritt. Die Reaction kann auch bei Nichttyphuskranken positiv ausfallen, wenn dieselben vor nicht zu langer Zeit einen T. durchgemacht haben. Der negative Ausfall der Reaction spricht aber auch andererseits nicht unbedingt gegen T., da in Ausnahmefällen das Typhusserum das von Gesunden nur unbedeutend an Agglutinationsfähigkeit übertrifft. Ferner tritt die Reaction gewöhnlich am 5.—8. Krankheitstage auf, bisweilen aber erst in der 2.—3. Woche, manchmal sogar erst in der Recon-

valescenz. Gerade in dem ursprünglichen Fehlen und dem späteren eventl. Erscheinen liegt die Hauptstärke der Reaction in differential-diagnostischer Beziehung. In einem zweifelhaften, auf T. verdächtigen Falle muss die Reaction gleich vom 1. Tage ab angestellt und jeden 2. Tag wiederholt werden, bis sie eventuell positiv ausfällt.

(Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 5.)

**Ulcus cruris.** Die Unna'sche Zinkleim-Behandlung wurde seit Jahresfrist bei jedem U. im Krakauer St. Lazarus-Spital (Prof. Trzebiecki) angewandt und zwar, wie Dr. H. Dika mittheilt, mit ausgezeichnetem Erfolg. Die Verbände wurden ganz nach Haidenhain's Beschreibung angelegt: „Der Kranke badet den Fuss in lauem Wasser durch 1 Stunde lang oder selbst noch länger, um das Geschwür gründlich zu reinigen, worauf dasselbe mit einer antiseptischen Lösung abgewaschen wird, ohne dass die Extremität zuvor abgetrocknet worden wäre. Sehr verunreinigte grosse Geschwüre unterziehen wir einem mehrmaligen Bade mit Zusatz von Creolin und verbinden nach jedem Bade das Geschwür mit Jodoformgaze. Dies wird solange fortgesetzt, bis das Geschwür sich gänzlich reinigt, das spätestens am 5. Tage erfolgt. Die Ränder des Geschwürs, der Unterschenkel und der Fuss, von der Basis der Zehen angefangen bis zur Kniekehle, werden mit Zinkleim bestrichen, nachdem man denselben vorher in heissem Wasser bis zum Flüssigwerden erwärmt hat.

Rp.

*Zink. oxyd.*

*Gelatin. alb. aa 20,0*

*Aq. dest.*

*Glycerin. aa 80,0*

Auf das Geschwür selbst, wenn es rein, mit gesunden Granulationen bedeckt ist, legt man ein Stück sterilisirter entfetteter Gaze. Wenn aber das Geschwür entweder atonisch oder mit grossen wuchernden Granulationen bedeckt ist, behandelt man dasselbe vorerst entsprechend mit Lapisstift und legt darauf ebenfalls ein Stück Gaze. Ausnahmsweise, wenn das Geschwür rein ist und stark

secernirt, kann man dasselbe mit Dermatol bestreuen. Der Zinkleim wird mittelst eines Borstenpinsels auf die Extremität aufgetragen. Die so angestrichene Extremität wird nun mittelst einer 10 cm breiten, in warmes Wasser getauchten Stärkebinde von den Zehen bis zur Kniekehle eingewickelt. Dabei achte man, dass man die Binde nicht zu fest anzieht und keine Falten macht. Nachdem der Fuss mit einer solchen Schichte bedeckt ist, bestreicht man dieselbe wiederum mit Zinkleim bis die Maschen der Binde voll sind und legt darüber abermals eine gestärkte Binde, welche wiederum mit Zinkleim bestrichen wird. Gewöhnlich werden 3—4 Bindenschichten angelegt; wir legen fast immer nur 3 Schichten an und kommen damit ganz gut aus. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde wird der Zinkleim trocken und der Kranke kann nach Hause gehen und seinem Berufe nachkommen. Ein solcher Verband bleibt solange liegen, bis die Secretion des Geschwüres alle Schichten durchnässt und den Verband durchschlägt, was anfangs schon nach 3—4 Tagen den Verbandwechsel erheischt; später kann ein solcher Verband 1 Woche und bei fortschreitender Heilung auch 3—6 Wochen liegen bleiben. Wenn man den Verband wechseln will, nimmt der Kranke ein laues Fussbad, in welchem sich der Verband lockert und dann der Verband leicht abgenommen werden kann.“ Nach dem Anlegen des 1., auch noch des 2. Verbandes oft ziemlicher Schmerz, später nur ausnahmsweise. Tendenz zu rascher Heilung nicht immer die gleiche; besonders bei circulär den Schenkel umgreifendem U. bisweilen Heilung langsam, desgleichen bei harten callösen Rändern, wo oft erst nach 3—4 Verbänden ein Erfolg zu constatiren ist, während sonst, namentlich bei kleinen Geschwüren, mitunter ein Verband genügt, gewöhnlich freilich auch Wochen zur Heilung nöthig sind. Diese tritt aber ziemlich sicher ein, auch bei colossalen Geschwüren, wo früher unbedingt amputirt werden musste. Seit jener Therapie ist diese Operation nicht mehr gemacht worden.

(Wiener medic. Wochenschrift 1898 No. 51.)

— Reg.-Arzt Dr. Merlin (Triest) hat **Naftalan** bei 15 Fällen von U. und 20 Geschwüren des Fusses (infolge von Schuhdruck) mit überraschendem Erfolge angewandt.



Nach 5—10 Tagen trat bereits Heilung ein, die Ueberhäutung war eine dauernde. — Auch bei 17 Fällen acuter und chronischer Ekzeme bewies das Mittel seine Heilkraft. Besonders erwähnt Autor einen älteren Pat. mit chron. Ekzem des Scrotums (dasselbe rissig, stark geschwollen, abundante Secretion, intensives Jucken, daher kein Schlaf), das jahrelang bestand; nach Naftalan-application schon die 1. Nacht besser, nach 3 Tagen Nachtruhe ungestört, nach 4 Wochen Heilung. Ferner heilten 4 Fälle von Orchitis und Epididymitis innerhalb 8—10 Tagen (2 Mal täglich Pflaster und Naftalan, messerrückendick auf Leinwand gestrichen), indem Resorption überraschend schnell eintrat und auch die Schmerzen sehr günstig beeinflusst wurden. Auch mehrere Fälle von Combustio, 1 Fall von Impetigo contagiosa reagierten sehr prompt auf Naftalan.

(Wiener med. Wochenschrift 1899 No. 5.)

**Verrucae.** Zur Behandlung der *V. vulgares* empfiehlt Dr. J. Bloch (Berlin) warm die vor einigen Jahren von Hyde angegebene Therapie:

Rp.

*Extr. Cannab. indic. 0,6*

*Acid. salicyl. 1,2*

*Collod. 32,0*

S. 1 Mal tägl. aufzupinseln.

In 4 Fällen eclatanten Erfolg! Die *V.* verfärbten sich weisslich, schrumpften zusehends und verschwanden in 8—14 Tagen mit Hinterlassung einer vollkommen glatten Fläche.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1898 No. 99.)



## Vermischtes.

---

- 6%iges Jodvasogen hat Oberarzt Dr. Th. Floras (Constantinopel) seit mehr als 1 Jahre systematisch bei 44 Fällen angewandt (theils äusserlich, theils extern und intern) und ist mit den Resultaten recht zufrieden. Zunächst bei Stomatitis und Gingivitis (8 Fälle) bewährte es sich (2 Mal tägl. auf die infectirten Stellen eingerieben) sehr gut und bewirkte rasche Heilung. Dessgleichen bei verschiedenen acuten und chronischen Retronasal- und Pharyngealkatarrhen (15 Fälle), namentlich Pharyngitis sicca und granulosa (Pinselfungen mit Wattesonde). Bei Erbrechen der Schwangeren (2 Fälle) brachte es bald Besserung (mehrmals täglich 5—7 Tropfen in Milch). Bei Keuchhusten zeigte es keine Wirkung, vorzügliche aber bei chron. Bronchialkatarrhen (16 Fälle), wo die Pat. es intern nahmen und Morgens und Abends sich damit minutenlang Brust und Rücken einreiben liessen; die Muskelschmerzen am Thorax liessen bald nach, der Husten wurde seltener, die Athmung besser, die Pat. fühlten sich wohler. Ueberraschend (z. B. auf die Schmerzen) wirkte das Mittel auch bei Pleuritis (7 Fälle), wo auch oft sehr günstige Beeinflussung des Appetits constatirt wurde. Dessgleichen bei Scrophulose (14 Fälle), z. B. Lymphadenitis (äusserliche Einreibung, intern 2—3 Mal tägl. 3—5—7 Tropfen), wo nicht nur das Localleiden rasch behoben, sondern auch das Allgemeinbefinden sehr günstig beeinflusst wurde. Erfolg hatte Jodvasogen auch bei Mastitis (2 Fälle), wo bei Hochbinden der Brust und 3 Mal tägl. sanfter Einreibung von Jodvasogen (dann Application damit getränkter Lämpchen) schnelle Besserung eintrat. Bei Epididymitis gonorrhoeica (5 Fälle) Erfolg unsicher (2 Mal versagte es, 3 Mal Erfolg recht gut), vorzüglich jedoch bei syphilitischen Geschwüren (6 Fälle),

wo neben interner Darreichung äussere Application stattfand. Durch letztere allein wurden auch andere Ulcera, z. B. variköse Unterschenkelgeschwüre, günstig beeinflusst. Sehr gute Erfolge auch bei chron. Synovitis resp. chron. Gelenkrheumatismus (8 Fälle); in 2 Fällen, wo Schwellung und Knirschen der Synovialis bestand (an der Kniescheibe), schwanden diese Erscheinungen binnen 2 Tagen nach mehrmaligen Jodvasogeneinreibungen und in 6 Fällen von chron. Polyarthrit, in denen besonders interne Medication stattfand (gleich von Anfang an 40–60 Tropfen pro die), trat die Besserung ebenfalls sehr rasch ein. Eminent günstig wirkte Jodvasogen bei Arteriosklerosis, wenn nicht gleichzeitig Herz- oder Nierenaffectionen vorlagen, eclatant auch bei Ischias. Bei Ekzem versagte es, während in 1 Falle von Lupus (äussere Haut der Nase, 10 pfennigstückgrosser Herd), der vorher verschiedenen Mitteln getrotzt, bei Application von Jodvasogen binnen weniger Wochen Heilung eintrat.

(Therap. Beilage No. 2

zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

— **Tropon als Eiweissersatz** bespricht Dr. R. Neumann (hygien. Institut, Würzburg). Die in den letzten Jahren hergestellten Präparate sind vor allem zu theuer: Somatose kostet 48 M., Nutrose 20 M., Eucasin 12 M. das Kilo. Zieht man dies billigste letzte Mittel in Betracht und nimmt 80% resorbirbares Eiweiss darin an, so kommt es doch noch doppelt so theuer als Fleisch! Das von Finkler hergestellte Tropon, zu über 90% aus reinem Eiweiss bestehend, wurde daher sehr gern acceptirt und ist auch von den bisherigen Untersuchern warm empfohlen worden. Auch Neumann bestätigt die volle Brauchbarkeit desselben, sich auf Versuche, an sich selbst angestellt, berufend. Es ging daraus z. B. hervor, dass das Tropon in seiner Ausnützung der Nutrose sehr nahe kommt, die Somatose sogar bedeutend übertrifft. Autor nahm bis 80 gr pro Tag, ohne dass sein Wohlbefinden litt. Er kommt zu folgendem Resumé:

1. Das Tropon vermag das Eiweiss anderer Nahrungsmittel vollständig zu ersetzen.

2. Das Tropen verursacht im Befinden des gesunden und kranken Menschen keine unangenehme Störungen.
3. Das Tropen lässt sich auf die Dauer ohne Widerwillen nehmen.
4. Der ihm zur Zeit anhaftende, nicht unangenehme, aber auffällige Geschmack lässt sich in verschiedenen Nahrungsmitteln\*) erfolgreich verdecken.
5. Das Tropen ist billiger als Fleisch.\*\*)

„Diese Eigenschaften befähigen das Präparat, an Stelle des Eiweisses überall einzutreten, wo es sich um Vermeidung einer voluminösen Kost, um Abwechslung in der Nahrung oder um Krankheiten handelt, bei denen Fleisch und andere eiweisshaltige Nährstoffe nicht gegeben werden können. Ob das Tropen auch berufen sein wird, den Wunsch der Hygieniker und Nationalökonomien zu erfüllen, für die breiten Schichten des Volkes ein billiger und passender Ersatz zu sein, ist zur Zeit noch schwer zu sagen; möglich ist es.“ — Auch Dr. Fröhner und Dr. Hoppe (Uchtsprünge) haben mit Tropen Versuche an sich und Anderen angestellt und gelangten zu ähnlichen Resultaten. Es ergab sich z. B., dass das Tropen durchschnittlich um 9,4% besser ausgenützt wurde, als das Eiweiss der Milch. Auch der Frage wurde näher getreten, ob man sich bei ausschliesslicher Ernährung mit Tropen und seinen Präparaten einige Tage hindurch leistungsfähig erhalten könnte. Es zeigte sich, dass dies der Fall war: 5 Tage nahmen die Autoren und eine 3. Person nur Tropen, Troponchocolade und Troponzwieback; alle 3 nahmen an Gewicht ab, aber sie befanden sich wohl und waren ganz wie sonst leistungsfähig. Auch betreffs event. Armeeernährung wurden Ermittlungen angestellt. Man fand, dass z. B. die Gemüseconserven sehr gut durch die viel schmackhaftere und in ihrer compacten Form leichter transportirbare Troponchocolade ersetzt werden könnte und dass so der Soldat nicht unerheblich weniger zu schleppen hätte.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 2.)

\*) Als solche werden z. B. Grünkern-, Hafermehl-, Bohnen-, Erbsen-, Gerstenmehlsuppen angegeben.

\*\*) Das Kilo kostet 4 M., also selbst die billigsten Volksernährungsmittel haben an niedrigem Preis nicht viel voraus.



- Dr. G. Meyer (Berlin) empfiehlt die von Dr. Lutze (Berlin, Kade's Oranienapotheke) hergestellten (mit 20% Borsäureanhydrid) **Carbolsäuretabletten**. Jede derselben enthält 1 gr reine Carbolsäure und wiegt 1,25 gr (wovon also 0,25 auf das Bor kommt). Die Tabletten sind weiss und lösen sich rasch auch in kaltem Wasser. Die Herstellung von 2—3%igen Lösungen ist also eine sehr einfache; für  $\frac{1}{2}$  Liter einer 2%igen Lösung braucht man 10 Tabletten (Preis nicht höher, als die der gewöhnlichen Carbolsäure). Bei grösseren Mengen braucht man die Tabletten nicht zu zählen, man wiegt sie; es enthalten 1000 Stück 1 kg Acid. carbolic. crystall. und es entsprechen 125 gr. der Tabletten 100 gr von Acid. carbolic. crystall. So wird ein bequemer Transport gewährleistet und Vergiftungen vorgebeugt, die oft in Laienhänden mit flüssiger Carbolsäure vorkamen. Vor Verwechselung der Tabletten selbst schützt der durchdringende Geruch und Geschmack; hat jemand wirklich eine Tablette in den Mund genommen, so wird er sie bald wieder von sich geben!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 4.)

- **Welchen Werth hat das Gurgeln?** Diese Frage suchte Dr. M. Sänger (Magdeburg) durch sehr sorgfältige Versuche am Menschen zu beantworten. Dieselben ergaben, dass nur ganz ausnahmsweise ein Mensch es versteht, so zu gurgeln, dass die Gurgelflüssigkeit die rückwärts von den vorderen Gaumenbögen belegenen Theile, speciell die Mandeln erreicht. Bei den meisten Menschen geschieht dies aber durchaus nicht, sodass das Gurgeln gar keinen Werth hat. Ja es ist sogar gar nicht zweckmässig, da man sonst bestrebt ist, erkrankte Theile möglichst ruhig zu stellen, während dieselben beim Gurgeln gerade in starke Thätigkeit versetzt werden. Am besten ist es, durch lange Wattetupfer die erkrankte Schleimhaut in directe, innige Berührung mit den Medicamenten zu bringen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 8.)



## Bücherschau.

---

— Der bekannte Giessener Kliniker Professor Sommer publicirte (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) ein **Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden** (Preis M. 10), welches in 4 Theilen (Darstellung der optischen Erscheinungen, Analyse der die Erscheinungen bedingenden Bewegungsvorgänge mit motorisch-graphischen Methoden, Darstellung der acustischen Aeusserungen, Untersuchung der psychischen Zustände und Vorgänge) in systematischer Form uns alles Wichtige vorführt. Für den Praktiker sehr interessant ist namentlich der letzte Theil, der u. A. Sinnestäuschungen, Gedächtniss-Associationen, Rechenvermögen, Wahrnehmung und Auffassungsfähigkeit behandelt. 86 Abbildungen illustriren den Inhalt. — Im gleichen Verlage erschien ferner die II. Abtheilung von Reinke, **Anatomie des Menschen** (Preis M. 4), Eingeweide und Blutgefässe behandelnd. Das Werk ist ein vortrefflicher Leitfaden zu allen anatomischen Atlanten, indem es Gründlichkeit und Kürze besonders auszeichnen. — Endlich liegt Heft 7 von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** vor (Preis M. 2.50), gewidmet dem Blut und seinen Erkrankungen. Die grosse Erfahrung des Pädiaters, die ausgezeichnete klare und präzise Darstellung, in der dieser Autor Meister ist, die stete Rücksichtnahme auf die tägliche Praxis, sie verleihen auch diesem Hefte einen hohen Werth für den prakt. Arzt, der das Monti'sche Werk mit grossem Nutzen lesen wird.

— Von dem von uns bereits des öfteren erwähnten Czermak'schen Werk „**Die augenärztlichen Operationen**“ (Wien, C. Gerold's Sohn) haben jetzt die Hefte 11 und 12 die Presse verlassen. Das Einzige, was wir an dem Buche auszusetzen haben, ist dessen langsames Erscheinen (Heft 1 ist 1893 erschienen!), sonst ist das Werk mit seiner überaus klaren Darstellungsweise und seinen ungemein zahlreichen prächtigen Abbildungen nur des höchsten Lobes würdig.

— 1891 erschien zum 1. Male das Werk von Prof. W. Prausnitz: **Grundzüge der Hygiene** (München, J. F. Lehmann. Preis M. 7); jetzt liegt bereits die 4. Auflage des Buches vor. Das sagt genug in einer Zeit, wo der Büchermarkt überschwemmt ist, wo auch das Gebiet der Hygiene mehrfach Bearbeiter gefunden hat. Prausnitz' Werk hat trotz der Concurrenz einen weiten Leserkreis gefunden und auch diese neue Ausgabe, die viele Erweiterungen aufweist, wird sich Bahn zu brechen wissen. Hat doch der Verfasser es verstanden, alles für die Praxis Wichtige mit so kurzen und doch stets klaren Worten auseinanderzusetzen, dass man stets beim Lesen das Gefühl hat, das kann gar nicht präciser und deutlicher vorgebracht werden. 211 Abbildungen dienen ausserdem noch dazu, die Dinge anschaulicher zu machen.

— Ein **Handbuch der Gewerbekrankheiten** giebt (im Verlage von O. Coblentz, Berlin) Dr. J. Sommerfeld heraus und liegt bereits Band 1 vor (Preis M. 10), dem ein 2. folgen soll. Der Verfasser, dem wir schon manche schöne Publication auf diesem Gebiete verdanken, ist in demselben zu Hause, wie kaum sonst einer. Er dringt in die Details der einzelnen Gewerbe so genau und sicher ein, dass es uns über jede wichtige Thatsache orientirt und belehrt. Das ist aber auch nöthig für den Praktiker, wenn er eine erspriessliche Thätigkeit in diesem Gebiet entfalten will. Krankenkassenärzte, Medicinalbeamte, aber auch jeder prakt. Arzt (derselbe muss ja heutzutage dieses Fach ebenfalls durchaus beherrschen), werden in dem Werke einen zuverlässigen und dabei interessanten Führer besitzen.

— Ein **Vademecum für Mediciner** hat Dr. W. Klette verfasst (B. Konegen, Leipzig. Preis: M. 3). Ein nützliches Buch, das dem Mediciner bei Beginn seiner Studienzeit, während und nach derselben auf viele an ihn herantretende Fragen eine zuverlässige Antwort giebt. Im 1. Theil werden die Universitätsverhältnisse, das Studententhum, der normale Gang des medicinischen Studiums und die Erwerbung des Doctors besprochen mit allen näheren Details und Auskünften, der 2. Theil enthält eingehende Würdigung der militärischen Verhältnisse des Mediciners und Notizen über Handeln und Wandeln nach dem Staatsexamen. Das Büchlein ist der Empfehlung werth.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 8.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Mai*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Adipositas.** Prof. W. Ebstein (Göttingen) ist kein Freund der **Behandlung der A. mit Schilddrüsenpräparaten.** Auf Grund der betreffenden Litteratur und eigener Erfahrungen hat er grosse Bedenken gegen diese Methode und fasst dieselben in folgende Sätze zusammen:

1. Die Entfettungscuren mit Schilddrüsenpräparaten sind in ihren praktischen Ergebnissen unbefriedigend, weil die Gewichtsabnahme dabei inconstant ist und bei Gebrauch der üblichen Dosen anscheinend gar nicht selten völlig ausbleibt. In den Fällen aber, wo eine Gewichtsabnahme eintritt, hört sie nach einer kurzen Zeit auch bei Fortgebrauch der bis dahin erfolgreich gewesenen Dosen



auf, jedenfalls erlischt die Wirkung meist sofort mit dem Aussetzen des Mittels. Ich habe bei dem Gewichtsverlust, welcher durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten bei Fettleibigen erzielt wird, die Steigerung des Wohlbefindens vermisst, welche ich bei Einleitung von entsprechenden diätetischen Curen und bei dem Einhalten eines geeigneten Regimes zu sehen gewöhnt bin.

2. Die Entfettung mit Schilddrüsenpräparaten ist keine rationelle Entfettungsmethode. Als solche kann nur diejenige gelten, bei welcher der Körper nur Fett verliert. Magnus-Levy spricht von einem Eiweiss- und Fettschwund bei der Schilddrüsenfütterung. Der Eiweissverlust steht aber doch in erster Reihe. Nun meint P. F. Richter, freilich nicht unwidersprochen, dass man durch eine geeignete Ernährung, d. h. bei genügender Calorienzufuhr, eine Gewichtsabnahme ohne Eiweisszerfall bei der Verabreichung von Schilddrüse erzielen könne. Soweit ich die Sache zu übersehen vermag, genügt das bis jetzt vorliegende Material nicht, um meine Anschauung, dass die Schilddrüsenbehandlung der A. keine rationelle Methode sei, zu entkräften. Dazu kommt, dass eine Entfettungsmethode nur dann als rationell angesehen werden kann, wenn sie mit ungiftigen Substanzen arbeitet. Nun kann erfahrungsgemäss die Einverleibung der Schilddrüse als eine solche nicht angesehen werden. Man kann derartige Mittel nur gelten lassen, wenn wir damit Krankheiten behandeln, welche schlimmer sind als das Mittel selbst. Die Behandlung des Myxödems mit Schilddrüsensubstanz ist rationell, aber die A. ist in den Fällen, wo die Schilddrüsenpräparate überhaupt in Frage kommen können — bei den schlimmsten Formen wird dies wohl keiner wagen — doch zu harmlos bzw. zu gutartig, um die Pat. den Gefahren der Schilddrüsenvergiftung auszusetzen.
3. Endlich brauchen wir die Schilddrüsenbehandlung der A. nicht. Wir haben Methoden genug, welche bei geschickter Handhabung einen guten Erfolg sichern, ohne mit Gefahren verbunden zu sein.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 1/2.)



**Anaesthesie, Narkose.** Aneson als Ersatz des Cocains bei der Schleich'schen und Oberst'schen Methode empfiehlt Dr. Mosbacher (Bochum), der mit dem Präparate sehr zufrieden ist. Die Lösung ist in Gläsern mit weiter Oeffnung (Inhalt 10, 20 und 50 cem, Preis Mk. —.80, 1.10 und 2.10) enthalten, sodass man die Spritze direct damit füllen kann (die Lösung hält sich, auch angebrochen, längere Zeit). Die Lösung, die man ebenso zur Schleich'schen wie zur Oberst'schen Methode benützen kann, ist also jederzeit zum Gebrauch fertig, man braucht sich nicht immer erst frische herzustellen. Das Präparat wirkt auch in stark entzündeten Geweben (Phlegmonen) prompt anästhesirend. (Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 3.)

— **Orthoform** hat Teisseire (Charité Paris) bei über 29 Fällen von Schrunden und Fissuren der Brustwarze angewandt (mittels Compressen auf die Stellen gebracht, dann Watte-Guttapercha-Verband) und nicht nur prompt Anaesthesie, sondern auch rasche Verheilung (innerhalb 4 Tagen) erzielt. Die Anaesthesie dauerte 12 bis 24 Stunden und machte Saughütchen entbehrlich. Zur Zeit des Stillens wurde der Verband entfernt, die Warze mit Borlösung gereinigt und das Kind angelegt; nach dem Stillen wieder Reinigung und Verband. Das Mittel erwies sich als unschädlich.

(Nach Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 3.)

— **Orthoform** und **Orthoform neu** wendet Rotenberger (München) mit bestem Erfolg bei heftigen Schmerzen infolge von freiliegender entzündeter Pulpa, zur Beseitigung des Nachschmerzes nach jeder Extraction, bei Behandlung von Geschwüren, Verbrennungen, Zahnfleischverletzungen, zur Füllung von Wurzelcanälen (Orthoform und Asbest), zum Excaviren bei sehr sensiblen Dentin an. Zur subcutanen resp. subgingivalen Injection benützt er das neueste Orthoformpräparat „Nirvanin“ (je  $\frac{1}{2}$  Spritze einer 5%igen Lösung in Aussen- und Innenseite des Zahnfleisches) und war bei Zahnextractionen damit sehr zufrieden, die nach 3–5 Min.

schmerzlos erfolgen konnten (auch bei Kindern ohne Gefahr!). Orthoform mit seiner prompten anaesthesirenden und antiseptischen Wirkung kann die meisten der bisherigen Mittel in der zahnärztlichen Praxis ersetzen!

(Deutsche zahnärztl. Wochenschrift 1898 No. 38.)

- Das neue von Einhorn und Heinz dargestellte Localanästheticum Nirvanin (Farbwerke Höchst) hat Dr. A. Luxenburger (München, chirurg. Universitäts-Poliklinik) durch 6 Monate einer Prüfung unterzogen, welche ergab, dass das Mittel eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes ist. Es bewährte sich durchaus bei der Schleich'schen und Oberst'schen Methode. Mittelst ersterer gelang es, bei Benützung einer  $\frac{1}{4}$  oder  $\frac{1}{5}\%$ igen Lösung Atherome, Lipome, Fibrome etc. schmerzlos zu entfernen. In nicht entzündeter Musculatur genügt sogar  $\frac{1}{10}\%$ ige, in Haut, Fascien, Drüsen bedarf es einer  $\frac{1}{5}\%$ igen, bei sehr sensiblen Hautparthieen (Lippe, Nase, Ohr, Kinn etc.), sowie Fascien, Gelenkkapseln, empfindlichen Neuromen und dergl. einer  $\frac{1}{4}\%$ igen Lösung, in entzündlich verändertem Gewebe ist  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}\%$ ige nöthig. Man kann auch grössere Operationen (1 Mal Operation einer Scrotalhernie nach Kocher) so ausführen. Zur regionären Anaesthesie nach Oberst ist am besten  $2\%$ ige, worauf nach 6—10 Minuten Analgesie eintritt. Nach Abschnürung um die Fingerbasis z. B. (Esmarch'sche Binde, 3 querfingerbreit oberhalb der Gelenklinie) wird an der medialen und lateralen Seite je 1 ccm einer  $2\%$ igen Lösung injicirt und dabei die Canüle langsam von der Haut gegen das Periost vorgeschoben. Zahlreiche Verletzungen an den Fingern (Fremdkörper, Quetschungen), Nagelbettentzündungen, Panaritien etc. wurden so ganz schmerzlos behandelt; nie Misserfolg. Im Mittel wurden 4 ccm einer  $2\%$ igen Lösung (0,08 Nirvanin) injicirt. Ebenso leicht gelang die regionäre Anaesthesie an Hand und Fuss, wobei durchschnittlich 0,4 Nirvanin verbraucht wurden, je nach dem Sitz der Affection mehr dorsal oder volar vertheilt und zwar so, dass besonders die Nervenstämmе, welche das Operationsgebiet mit sensiblen Fasern versorgen, getroffen wurden. Im Durchschnitt trat vollständige Analgesie nach etwa 20 Minuten ein;

25—30 Minuten nach Schlauchabnahme verhielt sich die Hand in Bezug auf Sensibilität normal. Auch bei Zahn-extraction leistete Nirvanin sehr Gutes; 3—4 Minuten nach Einspritzung 5%iger Lösung konnte schmerzlos operirt werden. Der Nachschmerz ist bei Nirvanin geringer, als bei den Schleich'schen Cocainlösungen. Nirvanin hat auch antiseptische Kraft und offen stehende 2—4%ige Lösungen sind auch nach mehreren Tagen noch steril. Schwächere, wo die antiseptische Kraft noch geringer ist, können ruhig sterilisirt werden, ohne dass die anästhesirende Wirkung leidet. Nirvanin soll 10 Mal weniger toxisch sein, als Cocain, sodass also 0,5 Maximaldosis wäre. Diese wurde auch einige Male erreicht, 1 Mal überschritten, ohne dass etwas Bedrohliches sich gezeigt hatte. Auch durch Thierversuche überzeugte sich Autor von der geringen Toxicität des Nirvanins.

(Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 12.)

**Dermatitis.** Einen Fall von *D. exfoliativa neonatorum* publicirt Dr. S. Prissmann (Libau): Ein 10tägiges, sehr schwächliches Kind einer notorisch luetischen Mutter erkrankte unter den Erscheinungen einer intertriginösen D., wobei die dunkelrothe Haut durch ihre glänzende Trockenheit auffiel. Unter Bildung einzelner Sudamina folgte bald eine völlige Abstossung der Epidermis an den afficirten Stellen. Im Laufe der nächsten Woche spielte sich dieselbe Erscheinung auf der ganzen übrigen Haut ab, mit alleiniger Ausnahme der Handflächen, sodass der Knabe bald im ganzen hochroth, wie verbrüht, aussah, wobei die Haut glatt, glänzend und trocken, an vielen Stellen mit grösseren oder kleineren Epidermissetzen bedeckt war. Das Kind fieberte nicht, schien aber subjectiv viel zu leiden. Irgendwelche Erscheinungen einer notorisch bestehenden Syphilis nicht zu entdecken, ausser etwa der sonst unerklärlichen Kachexie. Nach Sublimatbädern bedeutende Verschlimmerung: Abschälung ganz enorm, Ablösung von mehrere Centimeter grossen Fetzen, die Haut blutete leicht, schien äusserst empfindlich zu sein. Nach consequent 1—2 Mal täglich durchgeführten Kleiebädern mit nach-



folgender Einpuderung von Dermatol-Zinkoxyd-Talk (später Borsalbe) nach circa 4wöchentlicher Krankheitsdauer Heilung (Pat. erlag später einem Magendarmkatarrh). Ob die Affection mit hereditärer Lues bereits in Zusammenhang gebracht worden ist und werden darf, weiss Autor nicht.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1898 No. 50).

**Diabetes.** Die Behandlung des D. mellitus mit Sublimat empfiehlt Dr. A. Meyer (New-York). Die Affection wird höchstwahrscheinlich hauptsächlich durch ein Bacterium oder dessen Ptomaine bewirkt (neuerdings wird allerdings viel von der Contagiosität des Leidens gesprochen!), die auf die Nervencentren oder Glykogenreservoirs ihre Wirkung ausüben. Das Nervensystem beherrscht die normale Zuckerbildung im Körper; wenn durch Trauma, Neoplasmen, Sorgen, Ueberanstrengung, Gifte etc. dieser Einfluss geschädigt oder aufgehoben wird, dann enthalten jene Bakterien ihre zerstörende Kraft. Meyer führte also ein baktericides Mittel ins Treffen und erzielte, wie Krankengeschichten zeigen, in der That sehr ermuthigende Resultate. Er begann mit 0,006 gr 3 Mal täglich, stieg in 2—3 Tagen auf 0,007—0,008 und nach 1 Woche auf 0,012 gr (nach den Mahlzeiten, reichlich mit Wasser verdünnt), 3 Mal täglich. Dies die Maximaldosis. Nie Zeichen von Intoxication; nur in den ersten Tagen oft Diarrhöe, die aber eher als günstig zu betrachten ist. Nach 2—3 Wochen bereits beträchtliche Zuckerabnahme und ausgesprochene Besserung des Allgemeinzustandes. Daher nunmehr successiv Herabsetzung der Sublimatdosis und Erweiterung der Diät (Brod und etwas Obst gestattet). Von Zeit zu Zeit Aussetzen des Mittels, aber auch nach Verschwinden des Zuckers noch kleine Gaben (0,005 gr 3 Mal täglich). Der Erfolg zeigte sich ebenso bei Luetikern, wie bei Nichtluetikern, bei ersteren freilich besonders rasch und stark. Bisher verfügt Autor über 11 Fälle, die er allerdings erst 6 Monate beobachtet, sodass von Dauerheilung noch nicht die Rede ist. Da das Sublimat aber nie versagte, so dürfte es nach Meyer's Ansicht, wenn die Erfolge im gleichen Maasse fortschreiten, das beste Antidiabeticum sein, das wir besitzen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 No. 4.)



— Ueber die **Phthise bei D.** lässt sich Dr. F. Blumenfeld (Wiesbaden) aus. Der Zusammenhang der beiden Affectionen wurde verschieden gedeutet. Fauvel wies aber zuerst auf die Häufigkeit der trockenen Angina, der Pharyngitis sicca bei Diabetikern hin. Eine solche kommt ja auch bei Nichtdiabetikern vor, aber vorzüglich ist sie doch eine häufige Theilerscheinung des D. Es handelt sich aber hier nicht um diese begrenzte Erkrankung allein, sondern um Atrophie und trockene Entzündung der gesammten Respirations-schleimhaut, soweit sie dem Auge zugänglich ist. Und auch nicht ausschliesslich atrophische Processe findet man; besonders die Seitenstränge sind häufig geschwollen und schmerzhaft, im Kehlkopf ist die Schleimhaut entzündlich geröthet, stellenweise (zumal an der Hinterwand) gewulstet und von Rissen durchzogen, kleine Schorfe sind nicht selten, der zähe, matt reflectirende, das Kehlkopf-innere bedeckende Schleim spannt sich bei geöffneter Glottis in Gestalt dünner Stränge zwischen den Stimmbändern. Dasselbe Bild zeigt die Schleimhaut der Trachea bis in die Hauptbronchien hinein. Die physikalische Untersuchung der Lunge giebt entsprechende Erscheinungen: die Rasselgeräusche sind, solange die Tuberculose nicht zur Bildung grosser Hohlräume geführt hat, spärlich und trocken (Diabetiker haben auch besonders oft sehr quälenden trockenen Husten!) Die Entstehung aller dieser Zustände ist der Trockenheit der Haut gleichzusetzen, welche durch den Zuckergehalt des Blutes und die dadurch erhöhte Wasserausfuhr bedingt ist. Hier wie dort der gleiche Effect: An der Haut entstehen durch Einwanderung von Eitererregern Furunculose etc., ebenso geht die Schleimhaut der Luftwege ihrer Eigenschaft als schützende Decke verloren, der Infection ist der Eingang geöffnet, wobei natürlich auch andere Einflüsse, z. B. die bestehende Unterernährung, eine prädisponirende Rolle spielen können. Die Phthise der Diabetiker ist zweifellos eine recht maligne, ausgezeichnet durch schnellen Zerfall der tuberculösen Neubildung; die Mehrzahl der Pat. lebt höchstens 1—3 Jahre. Welche Form des D. am meisten zu Phthise führt, kann nicht gesagt werden. Die

dicken Diabetiker mit gleichzeitiger Gicht werden wohl selten befallen, jugendliche Diabetiker und solche der arbeitenden Classe mit ihren meist schweren Formen der Erkrankung gehen sicher ungleich häufiger als andere an Tuberculose zu Grunde; Alter des Pat., Lebensweise etc. sind also sehr entscheidend. Einzelne Symptome der Phthise werden durch bestehenden D. auch modificirt. Der phthisische Diabetiker schwitzt meist wenig, fiebert meist wenig (bisweilen sogar Untertemperaturen!) Nicht selten verschwindet im Laufe der Erkrankung die Glykosurie unter gleichzeitigem Einsetzen von Fieber oder Durchfällen. Der Auswurf ist meist zähe, häufig übelriechend, wird meist mühsam ausgeworfen, Tuberkelbacillen in der Regel sehr spärlich, erst nach vielem Suchen auffindbar (vielleicht bewirkt die beim Diabetiker constatirte üppige secundäre Spaltpilzentwicklung im Verein mit der langsamen Expectoration des Sputums eine Ueberwucherung des Tuberkelbacillus durch andere Pilze!). Im Larynx vereinigen sich die oben erwähnten Processe mit dem tuberculösen Geschwür. Die Diagnose der Phthise bei D. ist mancherlei Fehlgriffen ausgesetzt! Da, wo der D. erkannt ist, liegt die Gefahr einer Verwechselung mit Lungengangrän, chron. Pneumonie und den erwähnten chron. Katarrhen vor (daher sorgfältigste wiederholte Sputumuntersuchung!). Wenn es sich darum handelt, die Ausdehnung des tuberculösen Processes zu bestimmen, so ist man ebenfalls Irrthümern ausgesetzt: die grosse Trockenheit der Luftwege lässt Rasselgeräusche meist spärlicher, zäher und weniger flüssig auftreten, als es bei andern Phthisen der Fall ist; ja es kann gerade unter dem Einfluss erhöhter Polyurie zu einer wesentlichen Verminderung der Rasselgeräusche kommen, sodass Besserung des Lungenleidens vorgetauscht wird. Dazu kommt, dass bei der Häufigkeit des D. im späterem Lebensalter Emphysem und Starrheit des Thorax die Untersuchung erschweren. Da, wo die Phthise erkannt ist, kann endlich Verschwinden des Zuckers die Diagnose D. verfehlen lassen, wenn man nicht dann die Anamnese odentlich berücksichtigt. Nun zur Therapie. Prophylaktisch ist frühzeitige Behandlung des

D. die Hauptsache; je eher und besser dieser beseitigt wird, desto weniger werden sich die beschriebenen Veränderungen etabliren, desto widerstandsfähiger bleibt der Pat., der natürlich auch den Verkehr mit Phthisikern möglichst meiden muss etc. Ist schon Phthise vorhanden, so ist die Diät ungemein wichtig. Die Beschränkung derselben muss sehr vorsichtig geschehen, nicht genug kann gewarnt werden vor der landläufigen Art, dem Diabetiker die Mehrzahl seiner Speisen zu streichen, ohne genaue Controlle, wie diese Beschränkung auf den Zuckergehalt des Urins wirkt. Der Arzt sollte sich klar machen, dass es ebenso verkehrt ist, zumal einem phthisischen Diabetiker zu wenig, wie ihm zu viel Kohlenhydrate oder diese in ungeeigneter Form zu geben. Die Kost des phthisischen Diabetikers muss durch mässige Eiweiss-, reichliche Fettzufuhr und durch auf Grund der individuellen Toleranz ermittelte Kohlenhydratgaben dem Ideal einer Uebernahrung so nahe wie möglich gebracht werden! Eine klimatische Behandlung sollte nur bei leichtem Allgemeinzustand, geringfügigen Lungenerscheinungen und leichter Form des D. da eingeleitet werden, wo eine geeignete Diät sicher gewährleistet wird; irgend schwere Kranke bleiben besser in der Heimath. Das Höhenklima wird vielfach empfohlen, doch ist zu befürchten, dass infolge der in grösseren Höhen wachsenden Verdunstungsgrösse jene trockenen Katarrhe eine Verschlimmerung erfahren; insbesondere erscheinen Wintercuren dort gewagt, eher dürfte ein Sommeraufenthalt zu empfehlen sein. Zu warnen ist vor Liegecuren im nordischen Winterklima; der Diabetiker leidet unter der Kälte unsäglich. Am besten sind die gleichmässig warmen, feuchten Klimate an der See, so vor allem Madeira; geeignet sind auch Corsica, Teneriffa, Nervi und andere Orte der Riviera.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 2.)

- Ueber einen **Fall von Blasen-anomalie verbunden mit D.** berichtet Dr. W. Camerer jun. (Urach). Klappenbildung in der Harnblase wird, abgesehen von den durch



Prostatahypertrophie verursachten Fällen, selten beobachtet, Um einen solchen Fall, bei dem noch die klinischen Symptome durch gleichzeitiges Bestehen von D. besonders complicirt waren, handelte es sich hier. Patient, 59 Jahre alt, Potator, früher stets gesund, litt nun seit einigen Jahren an Athembeschwerden, bedingt durch eine beträchtliche Struma. Von krankhaften Erscheinungen seitens der Blase nie etwas bemerkt. 11 Tage vor dem Tode plötzlich vollständige Retentio urinae. Katheterismus mit dünnem Nélaton gelang leicht, ohne Widerstand; dabei grosse Menge anscheinend normalen Urins entleert. Keine Prostatahypertrophie, Allgemeinbefinden, abgesehen von der fortdauernden Harnverhaltung, gut. Am 1. Krankheitstag wurde 2 Mal, am 2. Tage 3 Mal katheterisirt, von da ab von der Frau des Pat. wegen des starken Harndranges 8–10 Mal in 24 Stunden, wobei jedesmal sehr viel Urin abfloss. Am 5. Tage sah Pat. einmal einige Eitertropfen am Orificium externum urethrae; 1 Tag später wenig schmerzhaft, jedoch beträchtliche Anschwellung des linken Hodens und Nebenhodens. Bis 18 Stunden vor dem Tode veränderte sich nichts, auch das Allgemeinbefinden blieb gut. Da misslang der Frau plötzlich der Katheterismus, zugleich begann Pat. leicht zu deliriren. Aerztlicherseits jetzt dünner Nélaton ohne Schwierigkeit und schmerzlos eingeführt, durch welchen aber erst nach Aspiration eine grosse Menge trüben, blutigen Urins sich entleerte. 6 Stunden später blieb der mit dünnem Nélaton ausgeführte Katheterismus erfolglos, desgleichen ein Versuch mit dickem Metallkatheter, welcher ebenfalls mühelos eingeführt wurde; als dieser wieder entfernt wurde, zeigte sich, dass sein Auge durch ein Gerinnsel verstopft war. Erst nach Einführung eines dicken Nélaton wurde durch Aspiration anfangs dunkelrother, später leicht trüber Urin in grosser Menge entleert. Nochmals 7 Stunden vor dem Tode Katheterisation mit dickem Nélaton, kein Erfolg. Zu dieser Zeit Untersuchungsergebniss: Blase als rundlicher Tumor deutlich über der Symphyse abzutasten; rechts von demselben undeutliche Resistenz; Puls 120, Temp. erhöht; Pat. sehr unruhig, verfiel, sich selbst überlassen, in leichte Delirien, klagte jedoch nicht



über Schmerzen. Da Stricturen und Prostatahypertrophie ausgeschlossen werden konnten und Blasensteine unwahrscheinlich waren, wurde an Neubildung, verbunden mit Hydronephrose oder Blasendivertikel gedacht. Exitus im Collaps. Section: Ureteren von normalem Lumen, bis zum Uebergang in die Nierenbecken mit Urin gefüllt, der beim Aufschneiden der Ureteren im Bogen heraus-spritzt; Blase prall gefüllt und stark gedehnt; ihr Scheitel überragt die Symphyse um 3 Querfinger; beim Einschnitt entleert sich ca. 1 Liter leicht trüben Urins, der einige kleine Gerinnsel enthält; geringe trabeculäre Hypertrophie der Blasenwand; in der Höhe des unteren Randes der Symphyse ragt ein dünner Wulst ringförmig nach innen und abwärts in die Blase hinein und zwar vorn ca. 0,5 cm, hinten 1 cm weit, derselbe ist von normaler Schleimhaut überzogen. Diese klappenartige Vorwölbung bildet eine bei leerer Blase für 2 Finger gut durchgängige Enge, durch welche man in einen divertikelähnlichen, über wallnussgrossen, nach vorn birnförmig ausgezogenen Raum gelangt, wo der Uebergang in die Urethra ist; Boden dieses Raumes mit zahlreichen stecknadelkopfgrossen Phosphatsteinen incrustirt; Prostata ohne Abnormität; durch einen Längsschnitt vom Perineum aus wird in der Tiefe, dicht unterhalb der erwähnten Vorragung ein haselnussgrosser Abscess freigelegt; linker Hoden hühnereigross, in demselben ein Abscess, zahlreiche kleine Abscesse in der linken Epididymis; ein noch aufbewahrter Rest von 18 Stunden ante mortem entleerten Urins stark zucker- und etwas eiweisshaltig. Nun liessen sich auch die klinischen Erscheinungen erklären. Bei Klappenbildung in der Gegend des Blasen-halses kommt es nicht ganz selten zu plötzlicher Retentio urinae dadurch, dass das rechtzeitige Uriniren aus irgend einem Grunde übergangen, die Blase prall gefüllt und ein Andrücken der Klappe gegen die Blasenwand bewirkt wird. In obigem Falle mag diese Ueberfüllung durch plötzliche Polyurie, wie sie ja bei D. vorkommt, begünstigt worden sein. Durch die starke Ausdehnung erzeugte auch hier der in die Blase hineinragende Wulst, klappenartig wirkend,

einen Abschluss der eigentlichen Blase gegen die untere divertikelartige Parthie, in welcher das Orificium internum urethrae lag und so kam es zur Retentio urinae. Für gewöhnlich gelang es ohne weiteres, den Klappenverschluss durch den eingeführten Katheter zu sprengen; misslang der Katheterismus, so lag das vielleicht an Verstopfung durch Gerinnsel oder aber der Katheter fing sich in dem Sack und knickte ab. Spontanes Urinlassen wurde wohl durch Lähmung des M. detrusor infolge der starken Blasendehnung verhindert. Die auffallende Unempfindlichkeit des Pat. gegen Schmerzen mag wohl durch ein in den letzten Tagen beginnendes Coma diabeticum bedingt gewesen sein.

(Medicin. Correspondenz-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins  
1899 No. 4.)

### **Elephantiasis.** Einen Fall von acuter E. scroti stellt

Dr. Rubinstein vor, besonders seiner Aetiologie wegen. Der 23jährige Pat. (Schlosser) kam heute mit der Angabe, er habe nach dem Heben einer schweren Last (9 Ctr.) eine Schwellung seiner beiden Hoden verspürt; jenes Heben geschah vor 8 Tagen. Anfangs stand Autor diesen Angaben sehr skeptisch gegenüber und dachte an einfache Epididymitis gonorrhoeica, aber der Befund bestätigte dies nicht. Scrotum 3—4fach vergrößert, Hoden schwer auffindbar, etwa in der Mitte dieses vergrößerten Scrotums abtastbar, dessen Haut sehr stark elephantiasisch verdickt ist, wobei merkwürdigerweise die Penishaut vollkommen frei ist. Punction beider Scrotalhälften ergab keinen Tropfen Flüssigkeit. Linksseitige Leistendrüsen stark geschwollen, rechtsseitige fehlen (sind nach Angabe des Pat. 1897 exstirpiert worden). Zufällig hat Autor kurz vorher einen ähnlichen Fall gesehen, wo ein 19jähriger Brauer angab, nach Heben einer schweren Last allmählig zunehmende Schwellung der linken Leistendrüse bemerkt zu haben; es fand sich auch ein linksseitiger Bubo vor. An der Scrotalhaut in jenem Falle auch Ekzem, das aber Autor für secundär hält, da elephantiasische Verdickungen

der Scrotalhaut wohl bei Ekzem entstehen, aber erst nach längerem Bestehen desselben, während hier der Fall erst 8 Tage alt ist. Sehr bemerkenswerth ist die einseitige Drüsenexstirpation. Die bisherigen Fälle von E. des Scrotums gingen immer einher mit E. des Penis und überall waren beiderseits die Inguinaldrüsen exstirpiert worden. Aetiologisch meint Autor, dass bei der starken Anstrengung der Bauchmuskeln beim Heben der Last eine Verlegung der Lymphwege stattfand und dass die Lymphstauung die Veränderung an den Inguinaldrüsen hervorzurufen imstande ist, von denen wiederum die Stauung der Lymphcirculation in der Scrotalhaut ausgeht; die primäre Ursache der E. ist also das Heben der Last, die secundäre die Schwellung der Drüsen und Verlegung der Lymphwege. In dem einen Fall kam es lediglich zur Schwellung der Leistendrüsen, in dem anderen, wo diese einseitig entfernt waren, noch zu E. des Scrotums. Beide Pat. haben nun auch eine chronische Gonorrhö überstanden und es ist interessant, dass ein Trauma imstande ist, beim Bestehen einer latenten Entzündung in dieser Weise zu wirken.

(Berliner medic. Gesellschaft, 15. Febr. 1899. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 10.)

**Furunkel.** Die Behandlung der Furunculose mit Bierhefe ist schon ziemlich alten Datums, gerieth aber wieder in Vergessenheit, bis neuerdings wieder Empfehlungen auftauchten. So tritt jetzt Brocq (Paris) warm für dieselbe ein, seine eigene Krankheitsgeschichte anführend. Er litt jahrelang an Furunculose und wurde erst durch Einnahme von Bierhefe (2 Mal täglich 1 Kaffeelöffel) geheilt; nach 3—4 Tagen schon Schmerzhaftigkeit, nach 4—5 Tagen die Entzündungserscheinungen weg, ebenso die Eiterung, die am 7. oder 8. Tage definitiv aufhörte, worauf Vernarbung eintrat. Brocq behandelte dann 50 Pat. so und befreite auch solche, die jahrelang mit dem Leiden behaftet waren, rasch und endgültig von demselben. Am besten wird jeden Tag frisch bezogene Bierhefe odentlich geschüttelt und mit einem Weinglas gewöhnlichen oder alkalischen Wassers oder auch Bieres verdünnt getrunken



(im Nothfalle genügt Bäckerhefe, haselnussgross in Wasser aufgelöst, zu jeder Mahlzeit genommen). Im allgemeinen wechselt die Dosis je nach der Toleranz des Pat. und dem Grad des Leidens von 3—9 Kaffeelöffel der flüssigen Hefe täglich. Die verschiedenen Hefearten zeigen grosse Unterschiede der Wirksamkeit. Zuweilen treten geringe Magendarmbeschwerden (Aufstossen, Diarrhöe) auf. Um Rückfälle zu vermeiden, muss man die Behandlung fortsetzen, solange noch Entzündung oder beträchtliche Induration (dieselbe persistirt oft lange!) vorhanden ist. Auch bei Akne, Folliculitis, Sykosis erreicht man oft mit Bierhefe recht gute Wirkung, doch ist dieselbe nicht so prompt wie bei Furunculose.

(Presse médicale. 1899 No. 8. —

Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 10.)

**Gewerbekrankheiten.** Mit der **Aponeurosis palmaris** der **Schuhmacher** beschäftigt sich Oberstabsarzt Dr. Paalzow (Spandau). Schon lange bekannt und in der Heerordnung als besonderer Fehler registrirt ist die „Krümmung des kleinen Fingers im 2. oder 3. Gelenk bei vorhandener Beweglichkeit im 1. Gelenk“. In den meisten dieser Fälle ist die Bewegung unbeschränkt, dagegen pflegt die vollkommene Streckung im Gelenk zwischen Grund- und Mittelglied nicht möglich zu sein. Hoffa erklärt diese „angeborene“ Flexionsstellung im 1. Interphalangealgelenk des kleinen Fingers für eine in vielen Familien erbliche, durch primäre anormale Entwicklung der volaren Hautbedeckung verursachte. Dieser die Diensttauglichkeit nicht beschränkende Fehler findet sich nach Paalzow's Erfahrung bei einer grossen Anzahl von Leuten, welche schwer arbeiten, Handarbeitern, Ackerknechten, Schmieden, Steinhauern, viel seltener bei Einjährig-Freiwilligen, weshalb Autor glaubt, dass dieser Fehler vielfach erworben ist. Im Bekleidungsamt mit seinen 70 Schuhmachern, hatte Autor auch Gelegenheit, die Schusterhand zu studiren. Bei der Untersuchung der Rekruten (Handwerker) fiel ihm eine Anzahl Leute auf, welche nicht nur den kleinen, sondern auch den Ring-, Mittel- und selbst den Zeigefinger, namentlich der rechten Hand, nicht regelrecht strecken konnten; und da Autor wusste,



wie betreffs der Begutachtung von unfallverletzten Arbeitern nach Fingerverletzungen es ungemein auf Kenntniss der Fingerbeweglichkeit vor dem Unfall ankommt, so untersuchte er sämtliche Schuhmacher des Bekleidungsamtes. 20 von den 70 war es nun überhaupt nicht möglich, in den Mittelhandfingergelenken ihre sämtlichen Finger bis zum Winkel von  $180^\circ$  activ zu strecken; der Durchschnitt ihrer Hand bildete keine Ebene, sondern ein mehr oder weniger flaches Gewölbe, dessen Kuppel die Mittelhandfingergelenke waren. Bei etwa der Hälfte war es noch möglich, wenigstens passiv eine annähernde, vollkommene Streckung der ganzen Hand, z. B. durch Druck auf dieselbe, welche der ebenen Tischplatte aufgelegt war, zu erreichen, aber die Betreffenden bezeichneten diese passive Streckung schon als recht empfindlich. Bei den übrigen 10 war auch die passive Streckung der ganzen Hand nicht möglich und je nach dem Grade der Affection fiel der kleine Finger, dann daneben der Ringfinger, weiter noch auch der Mittelfinger und bei 4 Leuten sogar der Zeigefinger aus. Der Daumen mit seiner besonderen Musculatur war stets intact, seine Beugeseite steht auch bei normalen Händen fast senkrecht zur Ebene der übrigen 4 Finger und der Autor fand ihn stets unbetheiligt an der Affection. Was die einzelnen an der Deformität betheiligten Gelenke betrifft, so kommt nur das Mittelhandfingergelenk und das Grundglied-, Mittelglied-(1. Interphalangeal) Gelenk in Frage, während das Gelenk zwischen Mittel- und Nagelglied (2. Interphalangealgelenk) stets frei bleibt. In den leichteren Fällen standen zumeist immer nur die Mittelhand-Grundgliedgelenke in mehr oder weniger gekrümmter Stellung; das ist auch die am häufigsten bei Schuhmachern vorkommende Form, bei der die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist. Weiterhin nimmt die Verminderung der Streckfähigkeit (Dorsalflexion) zunächst in den Mittelhand-Grundgliedgelenken mehr und mehr zu, die sich dann auch passiv

nicht überwinden lässt. Dabei kann, selbst wenn das 1. Interphalangealgelenk schon sekundär gekrümmt ist, dieses letztere Gelenk oft passiv noch gestreckt werden, wenn die Hohlhand nicht auf einer Ebene aufliegt, sondern frei gehalten wird. In den schweren Fällen freilich gelingt die passive Streckung des 1. Interphalangealgelenks auch nicht mehr. Beim Versuch hierzu springt die Beugesehne des betreffenden Fingers in der Hohlhand strangartig vor, aber sie bleibt stets in ihrer Sehnenscheide frei beweglich. Das Fettpolster der Volarfläche der Hand ist meist ausserordentlich dünn, fast völlig geschwunden. Dadurch wird die Hand eine Art Hohlhand, sie erscheint kahnförmig nach innen ausgehöhlt. Die Palmaraponeurose selbst fühlt sich an manchen Stellen knotig verdickt an, dagegen hat Autor Querspalten an der Haut der Volarseite dabei nicht gesehen. Auch war in keinem der Fälle eine so starke Krümmung in den Mittelhand-Grundgliedgelenken vorhanden, dass das typische Bild eines in die Volarfläche der Hand eingeschlagenen Fingers, wie man es bei der Dupuytren'schen Contractur sieht, dagewesen wäre. Sieht man sich die äussere Haut der Volarfläche dieser „Schusterhand“ näher an, so bemerkt man stets neben starken Schwielen über der Basis der Grundglieder aller Finger, also an den Stellen, wo man sie fast bei allen Arbeitern findet, auffallend starke Verdickungen der Oberhaut an der Beugeseite der Grund- und Mittelglieder der Finger. Ausserdem finden sich noch 2 besonders charakteristische Schwielen, die eine an der Stelle, wo sich die Daumenmuskulatur von der Hohlhand abhebt, die andere gerade über der Gelenkspalte zwischen Ringfinger und zugehörigem Mittelhandknochen, also etwa 2 cm handwärts von der peripheren Grenze der sogenannten Schwimmhaut. Diese Schwielen fehlen bei keinem Schuhmacher; oft sind sie sogar bei denen, welche die Finger vollkommen regelrecht strecken können, auffallend dick und stark; vorhanden sind sie immer, aber jedenfalls ganz unschuldig an der Behinderung der Streckung der Finger, die ja sonst alle Schuhmacher aufweisen müssten. Die Röntgen-

Untersuchung der Schusterhand ergab keine Knochenveränderungen. Welche Form der Fingercontractur liegt hier vor? Am meisten käme noch die neurogene in Frage. Die infolge anstrengender Berufsthätigkeit auftretenden spastischen Fingercontracturen, deren häufigste der Schreibkrampf ist, würden auch den Schusterkrampf erzeugen. Benedict nimmt hier einen Reizungszustand des Rückenmarkes, also spinalen Ursprung an, welcher einen Krampf der bei der Beschäftigung hauptsächlich in Anspruch genommenen Muskeln erzeugt. Von Caspari wurden 3 Fälle von Aponeurosis palmaris neuropathischen Ursprungs beschrieben, in welchen im Anschluss an eine Verletzung des Rückens (Trauma der Wirbelsäule) die Affection entstand. Aehnliches erlebten Andere. Auch Féré sah bei neuropathischen Pat. Dupuytren'sche Contractur auftreten und sieht trophische Störungen als Ursache an. Paalzow untersuchte seine Leute daraufhin, konnte aber ausser den Fingercontracturen nichts Abnormes finden. Andere beschuldigen Gicht und Rheumatismus als Hauptursache, Traumen als Gelegenheitsmomente. Hoffa sagt, dass sich die Schrumpfung der Palmar-Aponeurose vorzugsweise finde bei Leuten hohen Alters, welche theilweise erblich belastet sind, oder welche Anlage zur Gicht haben, oder welche durch ihre Profession vielfach Insulten der Hohlhand ausgesetzt sind. Ledderhose erklärt die Contractur der Plantar-Aponeurose nach Verletzungen der unteren Gliedmaassen ebenso wie die der Palmar-Aponeurose für traumatischen Ursprungs. Er kommt auf Grund mikroskopischer Untersuchungen zu der Annahme, dass durch die lange Fixation des Gliedes zunächst eine Gewebsveränderung der Fascie entsteht. Durch die Gehversuche nach dem Aufstehen kommt es dann zu partiellen Zerreissungen der Fascien und später kann man bindegewebige Callusmassen an den Stellen der Zerreissungen in der Form von Knoten fühlen. Muss man nun auch zugeben, dass die Anschauung, die Palmar-Aponeurosis sei stets traumatischer Natur, hinfällig ist, so schien es Paalzow besonders für die Beurtheilung von Unfallkrankheiten sehr wichtig, durch Untersuchung einer Reihe von Leuten desselben Gewerbes einmal festzustellen, wann und wie oft sich Schrumpfungen der Palmar-



Aponeurose lediglich durch die immerwährenden wiederholten Traumen der Berufsarbeit finden. Gerade das jugendliche Alter von 20—23 Jahren, der Ausschluss jeder vorausgegangenen Verletzung, das Ausscheiden des Anspruchs auf Unfallrente, welche die Glaubwürdigkeit beeinflussen könnte, macht sein Material einwandfrei; von Altersveränderungen, Arteriosklerose, Gicht etc. war keine Rede, es kamen lediglich in Frage rein locale Schädlichkeiten, die sich immer wiederholenden Quetschungen, der sich stetig abspielende Druck auf die Hand, den die äussere Hand mit Schwielen beantwortet, während die Aponeurose schrumpft, hier und da eingerissen wird, wieder vernarbt. Der Schuhmacher hält die Finger der rechten Hand bei der Handhabung des Pfriemens zum Löchereinstecken den ganzen Tag in starker Flexion und drückt dabei den Griff gegen die Hohlhand; ebenso hält er beim Gebrauch der Zwickzange (mit der das Leder über den Leisten gezogen wird) die Finger in starker Flexion und drückt die Griffe der Zange in die Hohlhand. Vorwiegend ist die rechte Hand betheiligt und hier ist jene Affection auch am ausgeprägtesten, links ist sie gewöhnlich nur angedeutet. Das Leiden gehört unzweifelhaft zu den echten G. Wenn nun ein solcher Mann eine ernstere Fingerverletzung, Panaritien, Phlegmonen und deren Folgen durchmacht, so ist die Kenntniss der Fingerverhältnisse von grosser praktischer Bedeutung, weil die Gefahr nahe liegt, dass Pat. event. schon lange vor dem Unfalle vorhandene Fingercontracturen als Unfallfolge darzustellen sucht. Ein Gleiches käme auch bei anderen Arbeitern (Korbmachern, Glasmachern) in Frage.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1899 No. 1.)

- Ueber **Chloracne** macht Dr. K. Herxheimer (städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) Mittheilung. Ein Fall betraf einen 22jähr. Fabrikarbeiter, der, früher ganz frei von Haut- und anderen Affectionen, seit seiner Fabrikthätigkeit solche acquirirte. Fast über den ganzen Körper ausgebreitet, findet sich bei ihm eine Acne vulgaris, indurata und abscedens; Knoten bis zur Grösse



von Wallnüssen, fluctuirend und Eiter enthaltend, auch bloss indurirte, auch exulcerirte erblickt man neben unendlich vielen Comedonen, endlich trifft man auf zahlreiche, zum Theil hypertrophische Narben. Ausserdem leidet Pat. an Husten, ist anämisch, abgemagert, klagt über Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit u. s. w. Noch 4 andere Arbeiter der Fabrik mit gleicher Hautaffection behandelte Autor. Als Ursache der Krankheit ist freies Chlor anzusehen. Pat. arbeitet in einem Raume, in welchem aus Chlorkali durch elektrolytische Dissociation Aetzkali hergestellt wird; die Jonen des Chlor wandern dabei nach der Anode, von wo das Chlor über Calcium geleitet und so in Chlorkalk verwandelt wird, diejenigen des Kali nach der Kathode, wo Aetzkali entsteht. Bei diesem Process dringt vermuthlich durch die Mauer immer freies Chlor durch und wird eingeathmet, da die völlige Abdichtung der Mauern sehr schwierig ist. Wahrscheinlich wird das eingeathmete Gas dann durch die Talgdrüsen ausgeschieden. Trotz aller Sorgfalt und aller therapeutischen Anstrengungen gelingt es weder das Allgemeinbefinden, noch die Hautaffection bei dem schon 2 Monate der Fabrik fern gehaltenen Pat. zu bessern; es entstehen fortwährend neben neuen Knötchen grössere Abscesse, die chirurgisches Eingreifen erfordern.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 9.)

**Hernien.** Die Behandlung der Nabelbrüche bei Kindern wird bekanntlich am besten in der Weise eingeleitet, dass ein einziger 90 cm langer und 7 cm breiter Heftpflasterstreifen doppelt um den Bauch gelegt wird, sodass die 2. Tour die erste deckt. Bedingung ist, dass das Pflaster sehr fest haftet, ohne die Haut zu reizen. Sie wird erfüllt durch die weisse zinkoxydhaltige Pflastercomposition der Firma Beiersdorf & Co. (Eimsbüttel), welche jetzt, wie Dr. Prülls (Scheessel) mittheilt, in Carton einen vollständigen Nabelverband in den Handel bringt, der billig ist (M. 1.—) und alles Nöthige enthält (eine Holzpelotte mit 2 kleinen Heftpflasterstreifen, dazu dienend, die Pelotte festzuhalten, bis der grosse Streifen umgelegt wird, also Assistenz ersetzend, und eben jenen langen Streifen).

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 1.)

- Bei der Seltenheit der **incarcerirten H. bei Kindern bis zum Alter von 1 Monat** erregen 2 Fälle von Dr. E. Funke (Stadtkrankenhaus Osnabrück) Interesse. Diese Fälle, aus diesem Jahre resp. 1889 stammend, stimmen in Anamnese, Status und Verlauf so vollkommen überein, dass Autor bloss die Krankheitsgeschichte des 2. Falles genauer wiedergibt: 4 Wochen altes männliches Kind in gutem Ernährungszustand. Eltern sind gesund. An Stuhlverstopfung hat Pat. nie gelitten, nie ist eine Hervorwölbung in der Leistengegend beobachtet worden. An einem Tage beginnt Morgens Erbrechen, welches mit Intervallen bis Abends anhält. Während dieses Tages kein Stuhlgang, Abdomen nicht aufgebläht, Puls 120; bei genauerer Palpation des Abdomens findet sich an der rechten äusseren Leistenöffnung, dem Verlauf des Samenstrangs entsprechend, ein 4 cm langer, wurstartiger, prall gespannter, seitlich etwas bewegbarer Tumor. Leichte Repositionsversuche erfolglos, deshalb Operation. Bei derselben zeigt es sich nach Einschnitt über und in der Richtung des Tumors sofort, dass es sich um eine Hernie handelt. Incarcerirte Dünndarmschlinge im Bruchsack. Freilegung des letzteren und des Samenstrangs, Eröffnung, Reposition des gut aussehenden Darmes und Vernähung der Bruchpforte (nach Czerny). Im Bruchsack befand sich keine Flüssigkeit, die geblähte Darmschlinge füllte ihn allein vollständig aus. Am folgenden Tage spontan Stuhlgang, keine Temperaturerhöhung. Auch an den folgenden Tagen kein Fieber und regelmässig Stuhlgang. Am 10. Tage 1. Verbandswechsel; glatte Heilung; Entfernung der Seidennähte. Gewicht des Kindes 2 Tage ante operat. 7 Pfd., 3 Tage post operat.  $6\frac{1}{2}$ , 10 Tage post operat.  $5\frac{3}{4}$  Pfd., von da ab wieder rasches Steigen. — Beim 1. Falle (1889) kommt nun die 9jährige Beobachtungsdauer hinzu. Die jetzige Untersuchung ergab vollständige Heilung, kein Wiederauftreten einer Hernie, trotzdem niemals post operat. ein Bruchband getragen ist. Leider ergab die Untersuchung auch eine starke Atrophie des rechten Hodens. Wie lässt sich diese erklären? Es giebt 2 Möglichkeiten: Entweder sind damals beim Vernähen der Bruchpforte Nerven resp. Gefässe des Samenstrangs comprimirt worden und da



durch atrophirt, oder die beim Vernähen entstandene Narbe hat späterhin den wachsenden Gebilden des Samenstrangs nicht Raum gegeben, wodurch dieselben in ihrem Wachsthum zurückgeblieben sind, wesshalb auch der Hoden atrophisch wurde oder vielleicht nur in seinem Wachsthum stehen blieb. Die letztere Erklärung erscheint die wahrscheinlichere, zumal der damalige Operateur genau weiss, dass er den Samenstrang in toto isolirte und sicher eine Beschädigung der Gebilde vermieden hat. Das Verhalten des Hodens nach Hernienradicaloperation ist noch viel zu wenig studirt und es wäre eine sehr dankbare Aufgabe, genau festzustellen, wie sich der Hoden nach Jahren bei den verschiedenen Methoden der Radicaloperation verhält. Auch eine Warnung spricht Funke aus. Schon Stern theilte einen Fall mit, wo bei der Herniotomie der gangränöse Hoden des Kindes entfernt werden musste; die Gangrän war eingetreten nach hämorrhagischem Infarct infolge forcirter Repositionsversuche und nur 2 Tage postincarcerat. wurde operirt! Bei so jungen Kindern ist es mit Repositionsversuchen eine sehr missliche Sache, weil wir es nicht gewohnt sind, das Maass der Kraft bei der Reposition so abzuschätzen, wie beim Erwachsenen; dazu fehlen uns die Fingerzeige für das Zuviel, die uns der Erwachsene durch Schmerzäusserungen giebt. Ausserdem ist die Operation so geringfügig, dass sie jeder ausführen kann und hat so grosse Vorzüge vor der Reposition, bei der man keine Uebersicht über die Verhältnisse hat, nicht radical heilt und doch sehr viel schaden kann. Autor warnt daher vor Repositionsversuchen bei kleinen Kindern, zumal auch in dem 2. der obigen Fälle, obwohl nur ganz leichte Repositionsversuche, eigentlich mehr eine diagnostische Palpation ausgeführt worden war, bei der Operation sich frische Haemorrhagieen in dem lockeren Gewebe subcutan wie am Bruchsack zeigten.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 10.)

**Meningitis.** Einreibungen von Unguent. Cr    bei M. cerebro-spinal. epid. empfiehlt Dr. G. Schirmer (Chicago auf Grund von Beobachtungen, die er bei 9 Fällen

(Kindern von  $4\frac{1}{2}$ —12 Jahren) damit gemacht hat. Die Epidemie war eine schwere, die beobachteten Fälle ebenfalls. Aber die sofort mit Einreibungen behandelten Pat. genasen rasch und auch die später dieser Behandlung Unterworfenen desgleichen, ohne dass ein Defect der Sinnesorgane zurückblieb. Die Behandlung bestand in Einreibung der Salbe, 30 gr auf 3 Tage vertheilt, Wiederholung der Einreibung (10 gr) bei jeder Remission (im ganzen wurden im Durchschnitt 40—60 gr verbraucht); daneben sehr heisse Wasserüberschläge auf die Wirbelsäule (bei heftigen Schmerzen), antiseptische Reinigung der Nasenhöhle (sobald es sich mit dem Allgemeinzustand der Pat. vertrug) und kleine Dosen Trional (bei grosser Unruhe).

(New-Yorker medic. Wochenschrift No. 11, Nov. 1898.)

— Ueber **metastatische M. nach Verletzungen** lässt sich Dr. E. Levy (Tübingen, chirurg. Klinik) aus, im Anschluss an 2 Beobachtungen; in dem einen Falle entwickelte sich M. am 13. Tage nach einer Zerquetschung des Fusses, im anderen am 7. Tage nach einer Mastdarmresection. M. nach Pyämie ist sehr selten, doch hat die Frage nach dem Vorkommen einer septisch-metastatischen M. nach Traumen überhaupt ein sehr hohes praktisches Interesse durch die Unfallgesetzgebung erlangt. Zum Nachweis der Affection ist der Ausschluss von 3 Möglichkeiten nöthig: der genuinen M., einer gleichzeitig vorhandenen Kopfverletzung und einer fortgeleiteten Eiterung an Ohr, Mund- oder Nasenhöhle. Die Infection muss wohl, da die regionären Lymphdrüsen nicht betheiligt sind, auf dem directen Wege der Blutbahn erfolgen. Nicht erklärbare Temperatursteigerungen, hochgradige Apathie bis zum Sopor zeigen oft allein die Krankheit an, die in vivo daher verkannt wird. Autor kommt zu folgenden Schlussätzen:

1. Nach Verletzungen, die entfernt vom Schädel eingewirkt haben, kommt M. als einzige metastatische Localisation einer stattgehabten Infection vor, ohne dass anderweitige Zeichen von Pyämie oder Sepsis sich nachweisen lassen.



2. Das Exsudat braucht in solchen Fällen nicht nothwendig makroskopisch als Eiter zu imponiren.
3. In den einschlägigen, bisher untersuchten Fällen fanden sich als Erreger Streptokokken.
4. In praktischer Hinsicht ergiebt sich aus den Beobachtungen das Postulat, in jedem Falle, wo nach einer Verwundung der Tod an M. erfolgt, das Exsudat bakteriologisch zu untersuchen; der Nachweis von Streptokokken wäre im Sinne der pyämischen Metastase zu deuten, der des *Diplococcus Fränkel* z. B. würde für genuine M. beweisend sein.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. 23 Heft 1.)

— Einen Fall von *M. traumatica tuberculosa* publicirt Dr. Ammerschläger: Ein 6jähriges Mädchen wurde am 4. März 1898 beim Heimgange von der Schule von einem Burschen derart an den Kopf geschlagen, dass ihm ganz schwarz vor den Augen wurde und das linke Ohr ganz roth und geschwollen war. Obwohl das bis dahin immer gesunde Kind sofort über heftigen Schmerz im Kopfe klagte, ging es an diesem und nächsten Tage noch zur Schule, am 3. aber erbrach es 3 Mal und musste sich ins Bett legen. Früher lebhaft und munter, wurde es von diesem Tage des Attentates ab stiller und weinte öfters, klagte immer mehr und schlief unruhig. Am 11. März zuerst ärztlich untersucht, fand sich bei dem über Kopfschmerzen klagenden, seit mehreren Tagen verstopften Kinde nur Mattigkeit. Am 13. März matter Blick, eigenthümlicher Glanz der Augen, öfters wechselnde Gesichtsfarbe, Temp. 38,4°. Am 14. März mehrere Stunden Benommenheit, häufiges Stöhnen und Aufschreien, fortwährend Klagen über heftiges Kopfweh, apathisches und weinerliches Wesen, Herzaction manchmal etwas unregelmässig oder auch aussetzend, Athmung etwas ungleichmässig, Temp. 38,5°. Am 15. März etwas besser, Pat. ruhiger und schmerzfreier, Puls eher beschleunigt, Athemzüge zeitweise sehr tief und unregelmässig; beim Versuche, im Bette aufzusitzen, Schwanken und Zittern mit dem Oberkörper, Blick matt, trübe, Apathie gegen die Umgebung, Temp. 38,4°. So Zustand bis zum 23. März mit geringen Schwankungen und trügerischen Scheinbesser-

ungen, nur die Kräfte nahmen zusehends ab, die Temp. stieg (38,5—39,0°), der Unterleib zog sich deutlicher kahnförmig ein, Puls zeitweise regelmässig, dann wieder unregelmässig und mässig verlangsamt, Athmung bald sehr oberflächlich und beschleunigt, bald sehr tief. Bewusstsein ziemlich frei, doch manchmal Irrreden. Vom 24. März ab sichtliche Verschlimmerung, häufig stundenlange Benommenheit und Bewusstlosigkeit, leichte Zuckungen an den Extremitäten, Pat. griff häufig in der Luft herum oder zupfte am Bettchen, jammerte und stöhnte, magerte immer mehr ab, an den Beinen leichte spastische Erscheinungen, Temp. 38,5—39°, Pupillen manchmal weiter als normal und ungleich, Augen deviirten häufig nach oben. Das Bewusstsein schwand immer mehr und andauernder, bald vollkommenes Coma, auch kein Schlucken mehr, Puls sehr frequent und klein, am 30. März Exitus. Section ergab: M. tuberculosa basilaris; Bronchialdrüsen haselnussgross, mit käsiger Tuberkelmasse durchsetzt, theilweise central erweicht. Autor schliesst: „Auch wir möchten uns der Zahl derer anschliessen, die nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Wahrscheinlichkeit annehmen, dass tuberculöse Gehirnhautentzündung bei prädisponirten Individuen, die mit latenter, älterer localisirter Tuberculose behaftet sind, durch Schlag, Stoss oder Fall hervorgerufen werden kann und im obigen Falle hervorgerufen ist.“ Der Attentäter bekam wegen „leichter Körperverletzung“ 7 Tage Haft.

(Dissert. inaug. München 1898. —

Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1899 No. 5.)

**Pemphigus.** Einen Fall von P., der unter dem Bilde einer acuten Infektionskrankheit auftrat, beobachtete Strubell in der medic. Klinik in Jena. Die Erkrankung begann vor 8 Tagen mit kleinen Bläschen an den Oberschenkeln, später traten auch grössere Blasen, 4 Tage später auch solche am Arm auf. Bereits 4 Tage vor Beginn der Hauteruption hatte Pat. Fieber bis 38° und schlief unruhig. Augenblicklich an der Haut der Extremitäten und des Gesichts, weniger an der des Rumpfes, besonders aber an der der Nates, sowie auch am Penis, Bläschen und

Blasen von Linsen- bis Markstückgrösse in grosser Zahl, umgeben von intensiv rothem, breitem Hofe; dieselben, mässig schmerzhaft und nicht juckend, besonders am Arm prall, gefüllt mit seröser, bernsteingelber Flüssigkeit. Auch an Flachhand und Fusssohlen, an den Lippen und der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens Efflorescenzen. Temp. 38°. Ausser Mattigkeit und Empfindlichkeit der afficirten Haut- und Schleimhautparthieen nichts Krankhaftes. Die bakteriologische Untersuchung und Verimpfung des Blaseninhalts ergab bisher noch keinen positiven Befund, noch keine Anhaltspunkte für die Infectiosität des Falles, den Autor aber sicher für P. erklärt, freilich, ob acuter oder chronischer P. vorliegt, noch in dubio lassend. Für acuten P. spricht das Auftreten unter dem Bilde einer Infectiouskrankheit mit vorausgehendem Fieber, ferner das Auftreten von Schleimhauteruptionen; gegen denselben die anscheinende Leichtigkeit des Falles, die relativ niedrige Temperatur (leichtes Fieber tritt auch bisweilen bei chronischer P. auf) das Fehlen von Erbrechen und Durchfällen. Die Differentialdiagnose ist oft recht schwer, erst nach längerer Beobachtung stellbar. Die Prognose ist in Bezug auf die vorhandene Eruption gut, doch können jederzeit Recidive auftreten. Die Infectiosität des P. fand in einer in der Klinik im vorigen Jahre beobachteten Endemie einen unzweideutigen Ausdruck. Die Aetiologie des P. ist noch unaufgeklärt, wie auch in obigem Falle die bakteriologische Untersuchung bisher negativ ausfiel.

(Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena, 2. Febr. 1899. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 10.)

**Pertussis.** Die Bromoformtherapie ist wirksam, wenn Bromoform richtig verordnet wird. Dr. M. Cohn (Hamburg) wendet seit 1892 folgende Bereitungsweise an: Das Bromoform wird zunächst in der gleichen Quantität wasserfreien Alkohols gelöst (um einen Verlust von Bromoform durch Haften am Gefässe zu vermeiden), dann ist die Mischung in 3—6 Intervallen mit Gummi arab. trocken zu verreiben (10 Mal soviel Gummi als Bromoform!), schliesslich wird ganz langsam etwas Wasser zugesetzt.



und die Masse zu einem dicken Schleim verrieben, bis allmählig die ganze vorgeschriebene Flüssigkeit hinzugegossen ist, worauf dann Syr. Cort. aur. (Syr. simpl. macht zu widerlich!) hinzugefügt wird. Also man verordnet:

**Rp.**

*Bromoform. 0,5—1,0—2,0*

*solve in*

*Spirit. rectificatiss. aequal. part.*

*Tere exactiss. c.*

*Gummi. arab. 5,0—10,0—20,0*

*Adde paulatim*

*Aq. destill. 100,0*

*Syr. Cort. aur. 10,0*

S. Umgeschüttelt 2stündl. 1 Thee- bis  
1 Kinderlöffel.

Die Emulsion hält sich tagelang, Intoxicationen werden eher vermieden und der Effect ist prompt.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 1.)

**Rhinitis.** Um einer beginnenden Schnupfen zu coupiren, giebt Dr. M. Nassauer (München) ein sicher wirkendes Mittel an: das Kal. permang., das in folgender Weise applicirt wird. Von einer concentrirteren Lösung (eine kleine Messerspitze auf  $\frac{1}{2}$  Liter Wasser) werden ein paar Tropfen in warmes Wasser gethan, sodass dieses rosa-roth wird. Damit nun werden abwechselnd beide Nasenhöhlen ausgespült (mit Nasenschiffchen oder einfach Wasserglas), nachdem vorher tüchtig geschneuzt wurde (die Lösung lässt man durch die andere Nasenöffnung, zum Theil auch durch den Mund auslaufen); hierauf wird durch in dieselbe Lösung getauchte Watte die Nasenschleimhaut mit dem Finger tüchtig abgerieben und endlich kleine trockene Wattebäuschchen in beide Nasenhöhlen hoch hinauf gesteckt, worauf man von der Lösung nochmals bei nach hinten geneigtem Kopfe in die Nase einlaufen lässt, sodass die Watte sich vollsaugt (sie bleibt eine Stunde liegen und wird durch kräftiges Ausschneuzen dann entfernt). Durch diese Prozeduren werden alle in der Nase eingedrungenen Bacillen sicher entfernt, die Coryza coupirt (Autor



selbst und viele seiner Pat. haben seit Jahren, seitdem sie bei den ersten Anzeichen von Schnupfen die angegebenen Maassregeln befolgen, keinen Schnupfen mehr gehabt), aber auch eine schon bestehende recht günstig beeinflusst.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1899 No. 1.)

### **Sklerose, multiple infolge von Trauma** sah Privatdoc.

Dr. Leick (Greifswald, medicin. Klinik) zustande kommen. Diese Aetiologie steht nicht mehr vereinzelt da, indem Jutzler (1895) bereits 24 Fälle aus der Litteratur und 2 eigene zur Verfügung hatte, wo eine Verletzung Ursache der S. war. Aber diese Aetiologie wird noch nicht allgemein anerkannt, sodass es wohl angezeigt erscheint, neue Beweise herbeizuschaffen. Von den früher publicirten Fällen hält mancher einer strengen Kritik nicht stand, doch bleibt noch immer eine Anzahl übrig, wo kaum ein Zweifel über Zusammenhang zwischen S. und Trauma obwalten kann. So fanden Blumenreich und Jacoby unter 29 Fällen der Gerhardt'schen Klinik 5, bei denen die S. sich unmittelbar an ein Trauma anschloss, ohne dass vor der Verletzung sich irgendwelche Symptome einer Nervenerkrankung bemerkbar gemacht hätten. Dasselbe gilt von der Beobachtung Leicks: 34jähriger Arbeiter, hereditär nicht belastet, stets vorher ganz gesund bis zum Unfall (23. Juni 1898). Pat. wollte ein Brett, welches hohl lag, mit einem Hammer zerschlagen; hierbei schnellte das Brett empor und schlug mit voller Wucht gegen seinen Kopf, sodass er sofort bewusstlos niederstürzte und erst nach 4 Stunden zu sich kam. Mund und Nase sollen stark geblutet haben. Als Pat. aus der Bewusstlosigkeit erwachte, bestand fast völlige motorische Lähmung; nur das rechte Bein und der rechte Arm konnten schwach bewegt werden. Auch Sensibilität besonders links bedeutend herabgesetzt. Ziemlich rasche Besserung des Zustandes, sodass Pat. bald mit Hilfe eines Stockes wieder gehen konnte. Mitte October wurde aber ärztlicherseits S. festgestellt und Pat. kam in die Klinik (29. October), wo folgender Status bestand: Mitteltgrosser Mann von kräftigem

Knochenbau und gut erhaltener Musculatur. Wangen und sichtbare Schleimhäute ohne Besonderes, Temperatur normal, keine Oedeme. Sensorium frei, bisweilen Kopfweh. Schlaf gut, Gehör, Geruch, Gesicht, Geschmack normal. Pupillen gleich weit, auf Lichteinfall Reaction. Augenbewegungen normal, jedoch bei seitlichem Fixiren deutlicher Nystagmus horizontalis. Facialis intact. Zunge gerade herausgestreckt, leichte fibrilläre Zuckungen. Sprache von undeutlichem, näselndem Klang, nicht eigentlich scandirend. Kopf und Wirbelsäule normal gebaut, nicht schmerzhaft. Musculatur der Arme und Beine gut erhalten, ebenso rohe Kraft. Bisweilen, besonders in den Armen, leichter Tremor, zuweilen auch über den ganzen Körper hin fibrilläre Zuckungen leichter Art. Beim schnellen Beugen der Arme gewisse Rigidität. Tricepsreflex sehr lebhaft, ebenso Periost- und Sehnenreflexe der Unterarme. An den Händen deutliche ataktische Bewegungen, aber kein eigentliches Intentionszittern. Ebenso an den Beinen, links stärker. Patellarreflexe lebhaft gesteigert, sehr deutlicher Fussclonus. Auch hier bei schnellen Bewegungen ausgeprägte Spasmen. Hochgradig ataktischer und zugleich, besonders links, spastischer Gang. Rombergsches Phänomen stark ausgesprochen. Blase und Mastdarm normal. Sexuelle Libido vorhanden, aber keine genügende Erection. Keine Sensibilitätsstörungen. Temperatursinn normal, spitz und stumpf wird unterschieden und localisirt. Subjectiv Schmerzen im Rücken und in der linken Brustseite, objectiv hier nichts nachweisbar. Sonst ebenfalls alles normal. Entlassung am 21. December ungebessert. — Also ein gesunder, arbeitsfähiger Mann erleidet ein schweres Trauma, das zunächst eine Gehirnerschütterung bewirkt. Ein Theil der Symptome geht zurück, andere bleiben wie Kopfweh, Nystagmus, leichte Sprachstörungen, stark gesteigerte Sehnenreflexe, Ataxie und Spasmen. Erscheinungen eines schweren Nervenleidens also resultiren von dem Unfall. Handelt es sich hier nun um S. oder nicht? Nach Leick's Ansicht liegt S. vor, obwohl kein Intentionszittern, keine deutlich scandirende Sprache zu constatiren sind. Das

Bild der S. ist aber bekanntlich sehr mannigfaltig. Am ehesten wäre noch an spastische Spinalparalyse zu denken, wogegen aber vieles spricht. Woher z. B. der Nystagmus? Zudem tritt nach Strümpell die S. bisweilen „fast ganz unter dem Bilde einer spastischen Spinalparalyse auf“ und auch Oppenheim betont, dass sich „weit häufiger als man im allgemeinen annimmt, hinter dem Krankheitsbilde der spastischen Spinalparalyse die disseminirte S. verbirgt.“ Dies trifft für obigen Fall zu. Zweifellos handelt es sich hier um traumatisch hervorgerufene S. und hat Pat. Ansprüche bei der Unfallversicherung für dauernde völlige Erwerbsunfähigkeit mit vollem Recht zu stellen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 9.)

**Syphilis.** 3malige Infection beobachtete J. Hutchinson:

Er behandelte den Pat. 1878 wegen secundärer S. Pat. hatte verschiedene Recidive, war aber von 1880—1891 ganz gesund, wo er von neuem inficirt wurde und wegen Ulcus durum mit nachfolgenden Secundärsymptomen 3 Jahre lang behandelt wurde. Von 1894 bis Juni 1898 ganz gesund, kam er dann wieder mit intraurethralem Schanker und frischer S. secundaria.

(Archives of Surgery, October 1898. —

Münchener medic. Wochenschrift 1899, No. 4).

- Von einem **Primäraffect an der hinteren Rachenwand** berichtet Dr. H. Rosenthal (Rixdorf). Am 15. März 1898 wurde ihm ein 6 Wochen alter Knabe mit einem polymorphen Hautexanthem (Maculae, Papeln, Pusteln), Milz- und Lebertumor, sowie Coryza gebracht. Eine 14jährige Schwester befasste sich mit der Pflege des Kindes. Sie zeigte an der hinteren Rachenwand, links von der Mittellinie, einen etwa pfenniggrossen Epitheldefect, der sich durch haarscharfe Abgrenzung und intensive Röthung von der Umgebung abhob; sonstige Erscheinungen fehlten, auch war die Pat. bisher beschwerdefrei. Autor sah sie erst 7 Wochen später wieder und constatirte nunmehr Anschwellung der rechtsseitigen vorderen und hinteren Cervicaldrüsen; der Primäraffect ab-



geheilt, aber rechte Tonsille von einer grossen Ulceration eingenommen, die rechte Seite des Halses bretthart infiltrirt, ausserdem kleinfleckige Roseolen. Alle Erscheinungen wichen einer Schmiercur. Infectionsmodus wahrscheinlich der, dass Pat. den Saugpfropfen der mit Milch gefüllten Flasche des hereditär-syphilitischen Kindes behufs Temperaturprüfung in den Mund genommen hatte. (Dermatolog. Zeitschrift Bd. V, Heft 6.)

- Einen Fall von *Paronychia syphilitica ulcerosa* mit Läsion des Knochens sah Zjechanowitsch. Nekrose der Phalanx erheischte Amputation. Der aussergewöhnliche Fall des Weitergreifens auf den Knochen überrascht umso mehr, als frühzeitig energische specifische Behandlung stattfand.

(Medicinskoje Obosrenje, November 1898. —  
Revue der russischen medic. Zeitschriften 1899 No. 1.)

- Ueber Erfahrungen mit der Welander'schen Methode der Anwendung von Unguent. ciner. macht Dr. C. Stern (Düsseldorf, städt. Krankenhaus) Mittheilung. Welander hat diese Methode, die sich durch Einfachheit und Sauberkeit auszeichnet, 1897 veröffentlicht. Sie besteht im Wesentlichen in dem Gebrauch eines mit Unguent. ciner. bestrichenen, nach Art eines Schurz-felles getragenen Kissens. Man lässt auf ein etwa 50 cm langes und 40 cm breites Gaze- oder Flannellstück, an dessen oberem und unterem Ende Bänder zur Befestigung um Hals und Bauch angebracht sind, täglich (nach Welander nur alle paar Tage) 5–8 gr grauer Salbe mit dem Spatel sorgfältig aufstreichen und diesen Sack mit der bestrichenen Seite auf Brust oder Rücken legen. Diese Methode, die auf der Anschauung beruht, die Inunctionscur sei nichts als eine „Einathmungscur“ und letztere könne auch auf solche einfache, reinliche und event. billigere Weise in Scene gesetzt werden, hat Stern bei ca. 100 Pat. angewandt, sowohl frisch Inficirten, wie solchen, die bereits Recidive hatten. Die Pat. mussten in den ersten 3 Wochen der Cur täglich selbst, zunächst 5 gr der Salbe auf jenes Tuch sorgfältig



aufstreichen (wobei sie sich ganz nahe über den Lappen zu beugen und das Aufstreichen mindestens 10 Minuten ausführen mussten), das Schurzfell ummachen und damit ins Bett, wo sie 10—12 Stunden liegen mussten, worauf sie Tags über damit herumgehen konnten. In den letzten 3 Wochen der Cur brauchte das Aufstreichen nur alle 2 Tage gemacht zu werden. Bei Pat., die eine 1. Cur durchmachten, wurde das Tragen auf 8 Wochen ausgedehnt. Das Tragen verursacht keinerlei Beschwerde. 3 Mal wurde nach 8 tägigem Tragen des Lappens beginnende Stomatitis beobachtet (also auch hier Zahn- und Mundpflege geboten!), 1 Mal auf der Brust Dermatitis nach 3 Wochen (ging unter Puder bald zurück), das waren die einzigen Nebenerscheinungen. Die Erfolge waren durchwegs befriedigend. Die Methode wurde bei einfacher Roseola, bei papulösen Exanthemen, Pharyngitis, Papeln an den Genitalien angewandt (ohne Localtherapie!), stets verschwanden die Erscheinungen, wenn die Vorschriften richtig befolgt wurden, ebenso rasch, wie bei der Schmiercur, die doch viel unreinlicher, unbequemer etc. ist. Die Methode (sie wurde auch bei 3 Kindern im Alter von 9—12 Jahren angewandt, wo täglich 3 gr ausgestrichen wurden und ebenfalls rascher Erfolg eintrat) ist daher durchaus werth, weiter geprüft zu werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 6.)

**Tabes dorsalis.** 2 Fälle von T., combinirt mit spät-syphilitischen Krankheitserscheinungen führt Alb. Braunschmidt vor. Der 1. Fall betrifft einen 43jähr. Mann mit Ulcus in der Militärzeit, bei dem sich ein Mal perforant du pied unter der linken grossen Zehe entwickelte. Genauere Untersuchung ergab jetzt die Symptome der T. (nur Pupillenstarre fehlte). Nach Exarticulation der linken grossen Zehe entwickelte sich eine Anschwellung des rechten Fussgelenks mit Auftreibung der Tibiadiaphyse, die nach Jodkali zurückging. Auch die subjectiven Tabesbeschwerden besserten sich damit, während der objective Befund Fortschreiten der Ataxie zeigte. Bei Fall 2 handelte es sich um einen 48jähr. Pat., der mit 20 Jahren ein Ulcus acquirte, vor 2 Jahren mit gastrischen Krisen den Be-

ginn einer sich langsam entwickelnden T. zeigte und seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren das linke Sprunggelenk geschwollen hat. Auf Jodkali ging dies zurück, auch die gastrischen Krisen verschwanden. Bei beiden Pat. war trotz des fast völligen Fehlens von Secundärerscheinungen Syphilis sicher vorhanden; so war die Periostitis der rechten Tibia im 1. Falle zweifellos tertiär-syphilitisch. Bewerkswerth war auch die günstige Beeinflussung der tabischen Symptome durch das Jodkali.

- **Athetose bei T.** kommt bisweilen vor. E. Fränkel stellte aus der Litteratur 5 Fälle zusammen und fügt einen neuen (Gerhardt'sche Klinik) hinzu. Ein 63 Jahre alter Tischler, ohne sicher festzustellende Lues, zeigte eine ausgesprochene, seit 19 Jahren in der Entwicklung begriffene T. mit starken Ataxieen in allen Extremitäten und sehr ausgesprochenen Sensibilitätsstörungen. Es treten nun ganz plötzlich Schüttelbewegungen in Hand- und Radioulnargelenk der rechten Hand, schwächer auf der linken, auf, beim Schlaf sistirend. Dann bildete sich weiter das typische Bild der Athetose aus, auch rechts stärker als links und ebenfalls im Schlaf aussetzend. Ein Vergleich aller 6 Fälle zeigt, dass die Athetose sich im vorgeschrittenen Stadium der T. entwickelt und, wie die Doppelseitigkeit beweist, spinalen Ursprungs ist. Welcher Zusammenhang besteht, ist noch nicht klar, man kann nur sagen, dass eben die Athetose ein, allerdings selten und spät auftretendes, Symptom der T. ist.

(Inaug.-Dissertation, Berlin 1893. —  
Litteraturbeilage No. 3 der Deutschen medic. Wochenschrift 1899.)

- Zur Casuistik der **T. nach Trauma** führt Dr. G. Müller (Berlin) einen jüngst beobachteten Fall an. Von gesunden Eltern stammend und selbst gesunde Kinder besitzend, war Pat. früher stets gesund gewesen (nur vor 10 Jahren ein Geschwür am Penis, das rasch von selbst heilte?) bis zu einem Unfall, den er dadurch erlitt, dass ihn ein Pferd umrannte und auf Brust und Unterschenkel trat, sodass er einen Bruch des letzteren erlitt. Derselbe heilte schief, sodass er noch einmal gebrochen werden musste. Pat. kam dann in die Behandlung Müller's, unter der die Fractur consoli-

dirte. Pat. bot sonst nichts Wesentliches dar. Als Autor aber einige Zeit später untersuchte, fand er ganz ausgeprägte Symptome einer T. Vielleicht war das Geschwür ein venerisches gewesen, jedenfalls war die Infection aber eine sehr leichte und Pat. bis zum Unfall ohne Erscheinungen, aufletzteren folgten aber fast unmittelbar diejenigen der T.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1899 No. 5.)

**Tumoren.** Einen Beitrag zur Casuistik der **Epidermoide der Hohlhand**, der die Bedeutung von Traumen kundgiebt, publicirt Dr. Langemak (Diakonissenkrankenhaus Kaiserswerth a. Rh.). Pat. stach sich vor 1½ Jahren mit einer spitzen Feile in die linke Hand oberhalb der Basis des III. Metacarpus. Er behandelte die Wunde selbst. Dieselbe heilte ab. Bald aber trat eine kleine Geschwulst an dieser Stelle auf, die von Erbsengrösse beilangsamem Wachsthum bis zu Bohnengrösse heranwuchs; sie war druckempfindlich, sodass sie bei der Arbeit belästigte. Jetzt findet sich ein bohnengrosser, subcutan gelegener, leichte Fluctuation zeigender Tumor, über dem die Haut schwielenartig verdickt ist. Er wird operirt (Heilung per primam). Beim Durchschneiden erweist sich der Tumor als Cyste mit ziemlich derber Wand; Innenfläche leicht gelblich glänzend; Inhalt eine weisse, zwiebelschalentartige, lamellös gelagerte Masse nebst wenigem weisslichem Brei. Mikroskopisch: Cystenwand aus derbem Bindegewebe mit zahlreich eingelagerten elastischen Fasern bestehend, innen aus verhornten Epithelzellen, zwischen denen kleine Krystalle (rhomboidale Tafeln) liegen; Cysteninhalt besteht aus verhornten, epithelialen Zellen, rhomboiden, tafelförmigen Krystallen und körnigem Detritus. (Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 3.)

— Einen Fall von multiplen Carcinomen des Gesichts und Nackens mit interessanter Aetiologie theilt Sheild mit. Der Pat. hatte sich viele Jahre in Afrika aufgehalten und immer die Sonnenstrahlen schlecht getragen. Er bekam ein universelles Erythem und später zahlreiche dunkel pigmentirte Flecke. 1891 begannen sich dann die T. zu entwickeln.

(The Lancet 1899 No. 1. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 1.)



- Ein **bilaterales Mammacarcinom beim Manne** beobachtete Dr. Fr. Hansy. Sind T. der männlichen Brust an und für sich schon etwas recht Seltenes, so sind doppelseitige eine ganz ausserordentliche Rarität.

(Wiener medic. Wochenschrift 1899 No. 7.)

- Säger demonstirt das Präparat eines **Kleinhirntumors**, der von einer 34jähr. Frau herrührt, die vor 14 Monaten mit Kopfschmerz über dem rechten Auge, der nach dem Hinterhaupt ausstrahlte, erkrankt war. Darauf öfters Erbrechen und krampfartige Zustände ohne Bewusstseinsstörung. Seit  $\frac{3}{4}$  Jahren Verschlechterung des Sehvermögens und allmähliche Abnahme des Gehörs. Seit 4 Wochen vollkommene Erblindung, Sprachstörung und Verlust des Gehvermögens. Untersuchung ergab vollkommene Amaurose, doppelseitige Stauungspapille mit beginnender Atrophia nervi optici, doppelseitige Abducenslähmung, nystagmusartige Zuckung beider Bulbi, Herabsetzung der Sensibilität in den 3 Aesten des linken Quintus, Anosmie; sehr auffallend war die doppelseitige Parese der oberen, sowie der unteren Extremitäten, die rechts beträchtlicher war; Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten beiderseits lebhaft; Sprachstörung dysarthrischer Art, erinnerten jedoch manchmal an motorisch-aphasische Störung; Intelligenz bemerkenswerth gut; nie Schwindel. Trotzdem also letzterer fehlte, desgleichen cerebellare Ataxie, stellte Autor doch mit Rücksicht auf das frühe Auftreten der doppelseitigen Stauungspapille und die anderen erwähnten Erscheinungen des Hirndrucks und vor allem auf die basalen Druckerscheinungen, die sich in der doppelseitigen Abducens-, linksseitigen Trigeminuslähmung und der Paraparese der Extremitäten documentirte, die Diagnose Kleinhirntumor, die auch Bestätigung fand, indem die Section in der linken Gehirnhemisphäre in der Nähe der Basis derselben ein wallnussgrosses, sehr gefässreiches Gliosarkom ergab.

(Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg, 31. Jan. 1899. — Münchner medic. Wochenschrift 1899 No. 9.)



**Typhus abdominalis.** Ueber **Pleuritis typhosa** spricht Warburg. Dieselbe kann serös oder eitrig sein und tritt in der Regel bei Beginn oder nach Eintritt der Entfieberung auf, wobei vielfach Wiederanstieg der Temperatur erfolgt (vereinzelt ist eine Beobachtung von Fernet, wo die Pleuritis zuerst auftrat und erst die charakteristischen Typhussymptome folgten). Autor sah jüngst im Augusta-Spital einen Fall 6 Wochen nach Ablauf des T. sich entwickeln und obwohl die Pleuritis rein eitrig war und ein Durchbruch des Empyems in die Lunge erfolgte, gänzlich fieberfrei verlaufen. Der schwere, 3 Monate lang anhaltende T. selbst war durch eine Pneumonie des rechten Unterlappens complicirt gewesen. Es war aber bei dem 25jähr. Pat. völlige Entfieberung und Heilung eingetreten, sodass Pat. seine schwere Arbeit (Schlosserei) wieder verrichtete und 3 Wochen lang ohne Beschwerden leistete. Dann bekam er aber Schmerzen in der rechten Brustseite, die allmählig so zunahmen, dass er wieder ins Spital kam. Status: Kein Fieber, kein Husten, kein Auswurf; in den Lungen R. H. U. Dämpfung von über Handbreite, über der gedämpften Parthie schwaches Bronchialathmen, Pectoralfremitus aufgehoben; sonst alles normal. Probepunction, eitrige Flüssigkeit. Darauf Aspiration von über 400 ccm einer bräunlich-röthlichen, fast chocoladefarbenen, eitrigen Flüssigkeit, in der sich Stäbchen vorfanden mit allen Kriterien der Typhusbacillen (auch Agglutination, noch im Verhältniss von 1:50), sonst keine Mikroorganismen. Nach der Punction Besserung, nur noch geringe Dämpfung. Jedoch 9 Tage später plötzlich Husten mit röthlich-braunem (nicht croupösem) geballtem Auswurf, in dem rothe Blutkörperchen und stark verfettete Epithelien, viele Fetttröpfchen und typische Typhusbacillen (auch Gruber-Widal'sche Reaction 1:30) nachweisbar waren, welche letztere stellenweise vollständige Vacuolen (regressive Veränderungen) darboten. Dieser Auswurf 3 Tage (kein Fieber!), bald darauf völlige Genesung. — Auffallend war besonders die Farbe des Empyemiteilers, wie sie auch Valentini und Achard bei typhösem Empyem, Valentini bei einem typhösen

Knochenabscess, Schmidt bei einem subphrenischen Abscess nach T. vorhanden; es scheint also der Typhusbacillus bisweilen hämorrhagische Eiterung hervorzurufen.

- Ueber einen **Fall von Meningitis bei einem T., hervorgerufen durch Typhusbacillen**, berichtete dann Boden (Augusta-Hospital). 14jähr. Kind, aufgenommen am 2. October 1898. Pat., vor 2–3 Tagen erkrankt, bot ein von T. der 1. Woche durchaus abweichendes Verhalten dar. Totale Benommenheit, Unfähigkeit zu stehen, Hyperästhesie des ganzen Körpers, Cyanose, sehr hohe Continua (40–41°C.). Am 4. October schwerer epileptischer Anfall (früher noch nie dagewesen!), darauf tiefer Sopor, nur zeitweise durch Aufschreien und Umherwerfen unterbrochen. Dazu linksseitige Abducens- und Facialisparalyse, frühzeitiges Erlöschen der Pupillenreaction und Patellarreflexe. Unter diesen Erscheinungen am 9. Krankheitstage (7. Oct.) Exitus. Die Obduction ergab frischen T. am Ende der 1. Woche (intensive markige Infiltration der Mesenterialdrüsen und der Peyer'schen Plaques in einer 2½ m langen Parthie des untersten Ileums und der Coecalklappe). Die schweren Cerebralerscheinungen fanden ihre Erklärung in einer Meningitis serosa; Gehirn- und Ventrikelflüssigkeit ergab Vorhandensein von Typhusbacillen (auch Gruber-Widal'sche Reaction 1:35–70). — In den 5 bisher publicirten Fällen von Meningitis typhosa mit Typhusbacillusreinculturen handelte es sich stets um eitrige Meningitis, hier aber um eine seröse. Ein etwa in der Agone entstandenes acutes Gehirnödem ist wohl wegen der schon vorher bestehenden heftigen Cerebralsymptome auszuschliessen, Autor glaubt vielmehr, dass hier eine auf dem Blutwege zustande gekommene initiale Localisation der Typhusbacillen im Gehirn vorlag, aus der zunächst Meningitis serosa resultirte, die vielleicht, wenn Pat. länger gelebt, eitrig geworden wäre. Der Fall wirft daher auch einiges Licht auf die schweren cerebralen Formen des T., die Initialdelirien und Psychosen, bei denen doch auch noch andere Momente als allein Toxinwirkung zu berücksichtigen sind.

(Allg. ärztl. Verein zu Cöln, 3. Jan. 1899. —  
Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 9.)

**Ulcus corneae.** Die Behandlung des *U. serpens* ist eine sehr mannigfaltige; alles Mögliche wurde bereits empfohlen, half auch da und dort, in anderen Fällen wieder versagend. Auch Dr. Wolfberg (Breslau) hat Versuche mit den meisten empfohlenen Methoden gemacht; in einzelnen Fällen erzielte er mit jedem beliebigen Antisepticum schnelle Heilung, in anderen war alles vergeblich und erst die Operation (Querspaltung) half. Neuerdings wurde die gelbe Salbe nach Neunhöffer (s. Excerpta d. J., S. 180) angewandt. Nach einigen gut verlaufenen Fällen auch hier mal Misserfolg. Das U. hatte bereits fast die ganze Hornhaut eingenommen, das Hypopyon füllte  $\frac{2}{3}$  der Vorderkammer, die Punction schien unvermeidlich. Nun griff Autor zu folgender Paste:

Rp.

*Bol. alb.* 10,0

*Formalin.* (gtt. X: 100,0) 5,0

M f. past.

Damit wurde die Geschwürsfläche mittelst Glasstäbchens dick bestrichen und darauf geachtet, dass das Auge möglichst lange offen blieb; spülte der Lidschlag die Paste zu schnell herunter, so wurde die Procedur nach einer Weile wiederholt; schliesslich wurde die Paste eingestrichen und das Auge mit trockener Watte verbunden. Die Schmerzen liessen bald nach, das Geschwür reinigte sich, das Hypopyon nahm ab, sodass vom 3. Tage ab (bis dahin Procedur 3 Mal täglich) die Paste nur 2 Mal täglich ohne weiteres eingestrichen wurde. Vom 6. Tage ab, wo das Hypopyon nur noch im Bereich des Pupillargebietes vorhanden und alle Infiltrationen der Hornhaut verschwunden waren, kam wieder die gelbe Salbe zum Gebrauch, worauf die Heilung rasch fortschritt. Seitdem benützte Autor die Paste auch bei anderen Fällen von U., auch bei serophulösen Infiltraten mit Blepharospasmus und war damit recht zufrieden.

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 2. Febr. 1899.)

## Vermischtes.

---

— **Salophen bei Influenza** kann warm empfohlen werden, da es nach Mittheilung namhafter Autoren hier so prompt wirkt, dass es fast als Specificum bezeichnet werden kann. Dabei ist das geschmacklose Präparat ganz unschädlich, ohne Nebenwirkung (durch gleichzeitiges Trinken eines kohlensäurehaltigen Mineralwassers kann man die Wirkung noch erhöhen und die Ausscheidung beschleunigen). Dosen von  $\frac{1}{2}$  gr mehrmals täglich (3 stündl.) genügen, um die Erscheinungen der Influenza rasch zu beheben. Vortheilhaft ist auch die prophylaktische Darreichung zur Zeit einer Epidemie.

— Ueber **hautfarbene Salben und Pasten** schreibt Dr. H. Rausch (Essen a. d. Ruhr). Am leichtesten lässt sich gewöhnliche Zinksalbe „hautfarben“ machen. Eine geringe Menge des im Pulvis cuticolor enthaltenen rothen Farbstoffes, Bolus rubra, ist schon genügend, um dieser Salbe den in kosmetischer Hinsicht recht störenden blauen Schimmer zu nehmen; mit demselben versetzt, hinterlässt sie, gut in die Haut eingerieben, keine Spur mehr. Anders bei der Pasta Zinci sulfurata; hier muss man schwache Eosinlösung zur Hülfe nehmen. Dieselbe macht auch, allerdings in etwas grösserer Menge, Ichthyolsalbe hautfarben und zwar bis 5% Ichthyolgehalt. Sehr verführerisch war es, dem Gelanthum, dessen Anwendungsweise im Gesicht vermöge seiner flüssigen Consistenz eine so überaus angenehme ist, Hautfarbe zu geben; das wurde aber erst durch Combination jener beiden Farbstoffe erreicht. Auch dem Zinkleim lässt sich durch solche Combination Hautfarbe verleihen, was bei ausgebreiteter Anwendung im Gesicht, z. B. bei der Schälcur sehr erwünscht sein kann. Alle diese Vorschriften lauten



## Ungt. Zinci cuticolor.

Rp.

*Bol. rubr. arm. 0,03*  
*Glycerin. gtt. VI.*  
*Ungt. Zinci ad 10,0*

Pasta Zinci (Unna)  
cuticolor.

Rp.

*Bol. rubr. arm. 0,24*  
*Glycerin. gtt. XX.*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500)*  
*gtt. VIII.*  
*Pasta Zinci 40,0*

Pasta Zinc. sulf.(Unna)  
cuticolor.

Rp.

*Bol. rubr. arm. 0,24*  
*Glycerin. gtt. XX.*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500)*  
*gtt. XII.*  
*Pasta Zinc. sulfurat. 40,0*

## Pasta Zinci (Unna) c. Ichthyol. cuticolor.

Rp.

*Ichthyol. 1%*  
*Pasta Zinc. 40,0*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500) gtt. XVI.*

Rp.

*Ichthyol. 2%*  
*Pasta Zinc. 40,0*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500)*  
*gtt. XXIV*

Rp.

*Ichthyol. 3%*  
*Pasta Zinc. 40,0*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500)*  
*gtt. XXXII.*

Rp.

*Ichthyol. 4%*  
*Pasta Zinc. 40,0*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500)*  
*gtt. XXXX.*

Rp.

*Ichthyol. 5%*  
*Pasta Zinc. 40,0*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:100)*  
*gtt. XII.*

## Gelanthum cuticolor.

Rp.

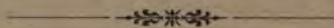
*Bol. rubr. arm. 0,02*  
*Sol. Eosin. rubr. (1:500) gtt. II*  
*Zinc. oxyd. 0,4*  
*Glycerin. 3,0*  
*Gelanth. 20,0*

## Hautfarbener Zinkleim.

| <i>a) harter.</i>                | <i>b) weicher.</i>               |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <i>Rp.</i>                       | <i>Rp.</i>                       |
| <i>Bol. rubr. arm. 0,3</i>       | <i>Bol. rubr. arm. 0,3</i>       |
| <i>Sol. Eosin. rubr. (1:500)</i> | <i>Sol. Eosin. rubr. (1:500)</i> |
| <i>3,5</i>                       | <i>3,5</i>                       |
| <i>Aq. dest. 50,0</i>            | <i>Aq. dest. 55,0</i>            |
| <i>Gelatin. 15,0</i>             | <i>Gelatin. 12,5</i>             |
| <i>Glycerin. 10,0</i>            | <i>Glycerin. 12,5</i>            |
| <i>Zinc. oxyd. 25,0</i>          | <i>Zinc. oxyd. 20,0</i>          |

Autor ist mit diesen Präparaten sehr zufrieden; gut in die Haut eingerieben, werden sie fast unsichtbar und ermöglichen auch im Gesicht Tagesbehandlung. Die Pasta Zinc. und P. Zinci sulf. (ersterer kann man auch Resorcin und Sublimat zusetzen) thut z. B. bei Akne sehr gute Dienste, die Lehtyolpasten bei den verschiedenen Erythemen im Gesicht etc. Sehr vielseitig kann sich die Verwendung des Gelanth's gestalten: Ohne weiteren Zusatz ist es als Cosmeticum brauchbar zum Schutze empfindlicher Häute gegen Witterungseinflüsse. Unschätzbar ist es dem Autor geworden bei der so lästigen und hartnäckigen Seborrhoea sicca faciei. Auch bei luetischen Affectionen im Gesicht hat es sich mit Zusatz von Sublimat sehr brauchbar erwiesen. Unangenehme Nebenwirkungen zeigten die Präparate nie.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1898. Bd. 27 No. 6).



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 9.

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Juni*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 ets. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Thon als antiseptisches Mittel hat jüngst (s. Excerpta d. J. S. 245) Stumpf empfohlen. Eine Nachprüfung dieser Angaben wurde nun im Diakonissenkrankenhaus zu Kaiserswerth a. Rh. vorgenommen, von wo Dr. Langemak jetzt Bericht erstattet. Argilla hat viele Vorthelle: Es ist sehr billig, ungiftig (daher in beliebigen Quantitäten anwendbar), hat stark austrocknende Wirkung (Landarzt braucht z. B. bei eiternden Wunden nicht täglich den Verband zu wechseln!) ist geruchlos und wirkt desodorirend (wovon sich Autor bei Unterschenkelgeschwüren, Knocheneiterungen etc. überzeugte), ist völlig reizlos. Dagegen hat es einige schlechte Eigenschaften, die freilich nur bei nicht per primam heilenden

Wunden zu Tage treten: Durch die secretionseinschränkende und austrocknende Wirkung bilden sich am Rande der Wunde Borken, die so fest sitzen, dass die Epidermisirung vom Rande her beeinträchtigt wird, was namentlich später, wenn die Wunde sich verkleinert und flacher wird, zu Tage tritt. Ferner kommen (wie freilich auch bei anderer Behandlung) mitunter sammetartige, auch schwammige Granulationen vor. Argilla verdient vor allem da, wo es hauptsächlich auf rasche Secretbeschränkung und Austrocknung ankommt, Verwendung. Autor sah z. B. bei sehr grossem Empyem der Pleura, nachdem sich die Lunge schon soweit wieder ausgedehnt hatte, dass nur noch eine mannsfaustgrosse Höhle bestand, sehr günstige Wirkung; Argilla wurde reichlich in die Höhle geschüttet und es trat schnell Verkleinerung ein. Bei stark nässenden und riechenden Unterschenkelgeschwüren schöne Erfolge, doch musste man wegen der Borkenbildung nach Reinigung der Wunde zum feuchten oder Salbenverband übergehen. Argilla bewährte sich bei tuberculösen, osteomyelitischen Processen, bei Phlegmonen, Panaritien, abgequetschten Nägeln, eitrigen Amputationsstümpfen, Kopfkzemen, Furunkeln etc. Vielfach wurde es auch als Paste verwandt, wobei die Borkenbildung wegfiel, die austrocknende Eigenschaft aber zur Geltung kam:

**Rp.**

*Argill.*

*Glycerin. aa 12,5*

*Vaselin. 25,0*

M. f. past.

Noch einiges über Anwendung der Argilla. Nach Stumpf soll auf 150° C. erhitzte benützt werden, weil so die Pulverisirung möglichst fein wird, der Thon also desto hygroskopischer wird, demnach auch desto antiseptischer, da ja letztere Wirkung darauf beruht, dass den Bakterien durch Austrocknung der Boden zur Weiterentwicklung entzogen wird. Es genügt aber auch Erhitzung auf 100°, besser freilich ist auf 150° erhitzter Thon. Derselbe wird mittelst Streubüchse



(Flasche mit weitem Hals, Oeffnung mit weitmaschiger Gaze überzogen), die vor Feuchtigkeit zu schützen ist, applicirt (körnig gewordene macht man durch Erhitzen wieder brauchbar), bei grossen Höhlen und Wundflächen wird er mit dem Löffel aufgetragen, stets in dicker Schicht! (Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 4.)

- **Thonbehandlung bei Gangrän der Weichtheile und des Knochens beider Füsse bei einem Paralytiker** hat nach einer Mittheilung von Dr. H. Fischer (Nervenheilanstalt Neufriedenheim bei München) Heilung herbeigeführt. Es waren 3 gangränöse Stellen entstanden, die ausserordentlich rasch sich nach Breite und Tiefe ausdehnten und einen entsetzlichen Geruch verbreiteten. Permanente Fussbäder mit Lysol und dergl., Jodoform und andere Mittel waren gänzlich wirkungslos, der Process griff immer weiter und ein hinzugezogener Chirurg (Prof. Klaussner) hielt selbst die eventl. in Frage kommende Amputation der beiden Füsse für zwecklos, da sich die Gangrän sehr bald auch in den Stümpfen zeigen würde. Schon waren die Knochen rauh, trotz sorgfältigster Reinlichkeit waren die Stellen missfarbig und sonderten ein übelriechendes, jaucheähnliches Secret ab. Nur um Desodorirung zu erzielen, wurde ein Versuch mit Thon gemacht und wurde neben permanenten Fussbädern mit Kal. permang. nachts Argilla in Form von Streupulver sehr reichlich applicirt, sodass die Wunden völlig damit ausgefüllt wurden. Verblüffender Erfolg! Nach 3 Tagen bereits Geruch verschwunden, Secretion bedeutend vermindert, Aussehen der Wunden besser. Der weitere Verlauf noch überraschender. Bald schossen an den jetzt geruchlosen, wenig secernirenden Wunden frische Granulationen auf, die Herde wurden kleiner und kleiner und überhäuteten sich allmählig, nach einigen Wochen war völlige Heilung eingetreten. (Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 12.)

- **Marinestabsarzt Dr. Meyer (Wilhelmshaven)** ist ein warmer Verehrer der Silberwundbehandlung geworden infolge der günstigen Erfahrungen, die er mit den Präparaten (besonders Itrol als Wundstreupulver, auch

zu Ausspülungen Actol 1:2000, ferner Irtolstäbchen 2% und bei Allgemeininfektionen Unguent. Credé) gemacht hat und die ihn zu folgenden Schlussworten veranlassen: „Auf Grund meiner Erfahrungen habe ich zur Silberwundbehandlung das vollste Vertrauen gewonnen und ich kann dieselbe nach jeder Richtung hin auf das Angelegentlichste empfehlen.“

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1899, S. 33.)

- **Xeroform** hat Dr. Al. L. Ladygin bei frischen und älteren, schmutzigen, eitrigen Wunden mit gleich gutem Erfolge benützt. In dünner Schicht aufgestreut bewährt es sich nach jeder Richtung hin als gutes Wundantisepticum und Ersatz für Jodoform.

(Wratsch 1899 No. 7.)

- **Xeroform als Antisepticum bei chron. eitrigen Mittelohrentzündungen** lernte Somers (Philadelphia) schätzen. Es bewährte sich bei dieser Erkrankung, bei der es Autor vielfach anwandte, so sehr, dass er es warm für diese Zwecke empfiehlt.

(Aerztl. Rundschau 1899 No. 6.)

- **Der Bart als Infektionsträger bei aseptischen Operationen** ist bisher zu wenig gewürdigt worden. Dr. W. Hübener hat in der Mikulicz'schen Klinik (Breslau) Versuche angestellt, welche ergaben, dass in der That durch den Vollbart des Operateurs die Asepsis gefährdet werden kann. Er brachte daher an die von Mikulicz jetzt bei Operationen stets benützte Mundmaske einen Bartschutz an, eine Art Schleier aus feinstem Battist, der an die Maske angenäht und zum Theil hinten noch angeknüpft werden kann. Die Vorrichtung belästigt keineswegs, gewährt aber, wie Versuche zeigten, einen genügenden Schutz.

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 11.)

- Zur **permanenten Sterilisation schneidender Instrumente** empfiehlt Lippincott (Pittsburg) Einlegen in 20%ige Formollösung, die zugleich 2–3% Borax enthält. 24stündige Einwirkung genügt, doch können die Instrumente darin, ohne Schaden zu nehmen, Monate lang liegen, sodass sie zum Gebrauch fertig sind.

(Archives of Ophthalm. XXVII No. 4. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)



**Arznei-Exantheme.** Ueber ein **Orthoform-Exanthem**

berichtet Dr. Schröppe (Wesenberg). Er gab einem 18jährigen Pat. wegen eines beim Kauen und Sprechen viel Beschwerden machenden Zahnfleisch-Geschwürs Orthoform (um es mit Watte auf das Geschwürchen zu appliciren), mit dem er, besonders im Munde, recht günstige Erfahrungen gemacht hatte. 3 Tage später erschien Pat. wieder. Die Wirkung war eine vorzügliche gewesen, die Schmerzen bald verschwunden, das Ulcus fast verheilt. Dagegen klagte Pat. jetzt über Schwerbeweglichkeit der Lippen, Hitzegefühl und Schmerzen in denselben. Es fand sich starke, wulstartige Schwellung der Lippen, das Gewebe gleichmässig starr, auf der äusseren Haut mehrere weisse, flache Quaddeln; Schleimhaut unverändert. Unter kühlenden Umschlägen gingen alle Erscheinungen rasch zurück. 1 Monat später entfernte Autor dem Pat. unter Cocain aus dem linken Ohr eine polypöse Wucherung der Paukenhöhlen-Schleimhaut mit der kalten Schlinge und pulverte dann etwas Orthoform ein. Am Tage darauf nichts Abnormes, keine Schmerzen. Am 3. Tage aber Gesicht stark geschwollen, Haut starr, überall verschieden grosse, weisse Quaddeln; links alles stärker ausgeprägt, besonders die linke Ohrmuschel stark geschwollen, rechte normal. Wieder halfen kühlende Umschläge sehr bald. Später legte Pat. selbst sich in einen hohlen Zahn etwas Orthoform ein, worauf bald um den Mund herum ähnliche Folgen sich bemerkbar machten. (St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 No. 12).

- Ueber eine Nebenwirkung des Terpinhydrats macht Dr. W. Lublinski (Berlin) Mittheilung. Einer an Laryngotracheitis leidenden Pat. verordnete er Pillen von Terpinhydrat (à 0,1). Nach 2 Pillen am Halse ein papulöses Exanthem, mit heftigem Juckreiz auftretend. Nach dem weiteren Gebrauch einer Pille ging das Exanthem einerseits auf den unteren Theil des Gesichts, andererseits auf den oberen Theil der Brust über. Aussetzen des Medicaments. Das Exanthem blieb 3 Tage auf seiner Höhe mit stetigem Hautjucken, alsdann verschwand es

(Ordnation: Amyl. Oryzae) unter geringer Abschlüpfung. Einige Monate später verordnete Autor der Pat. abermals jene Pillen, aber schon nach 1 Pille kam jenes Exanthem wieder zum Vorschein. A. wurden vielfach nach Terpentinöl gesehen, nach Terpinhydrat, einem Derivat desselben, bisher noch nicht.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 4.)

**Augenentzündungen.** Ueber *Blepharitis acaria*, eine Erkrankung der Wimpern und Lidränder infolge von Milben in den Ciliengängen, lässt sich Dr. E. Raehlmann (Dorpat) aus. Bei Untersuchungen auf Milben bringe man die frisch epilirten Cilien möglichst direct (ohne Erschütterung, damit die Thiere nicht abfallen) auf einen Objectträger und untersuche sie sofort bei etwa 60–80facher Vergrößerung in Wasser, wobei man in den Cilienbälgen nicht allein die lebenden Thiere, neben Larven, Embryonen, Eiern, sondern auch die Ausscheidungen und Exeremente entdeckt, welche theils locker neben dem Haare liegen, theils am Haarschaft kleben und diesen verdicken. Manchmal finden sich sonst keine objectiven Veränderungen am Auge, aber die Pat. klagen über Ausfallen der Cilien, Jucken, Beschwerden beim Arbeiten u. s. w. Meist aber findet sich starke Hyperämie der intermarginalen Lidrandzone und der äusseren Haut am Uebergangstheil von Haut und Lidrand in der Gegend der vorderen Lidkante; hier schimmern derbe, stark verzweigte venöse Gefässe deutlich durch die Epidermis durch. Häufig ist damit auch eine Hyperämie der vorderen, der inneren Lidkante dicht benachbarten Conjunctiva verbunden, welche sich in Form eines rothen Saumes an der Conjunctivalseite des Lidrandes etwa 3 mm weit nach der Uebergangsfalte hin erstreckt. Solche Pat. klagen über erhebliche Beschwerden; die Lidkanten zeigen ein fest-weiches, eingedicktem Honig oder unreinem Vaseline ähnliches Secret, welches der Basis der Cilien häufig in Klumpen oder Schuppen anhängt. Bisweilen ist nur an einzelnen Stellen des Lidrandes eine fleckige Röthung



und flache Schwellung vorhanden, in deren Bereich die intermarginale Oberfläche eigenthümlich trübrothe Färbung und leicht raue Oberfläche besitzt. Mitunter Lidrand in ganzer Ausdehnung ergriffen. Vereinzelt Veränderungen so entwickelt, dass eine Entzündung der Conjunctiva und der den Lidkanten benachbarten äusseren Haut, namentlich den Augenwinkeln, mit erheblicher Secretion hinzutritt. Manchmal bestehen neben jener Affection überhaupt noch Erkrankungen an Cornea oder Conjunctiva (besonders Trachom!). Therapeutisch ist am wirksamsten der Perubalsam.

Rp.

*Bals. peruv. 2,0*

*Lanolin. 4,0*

*Ol. amygd. dulc. 2,0*

Man streicht die Salbe 1 Mal täglich bei leicht geschlossenen Lidern auf die freien Lidränder, wo sie mindestens  $\frac{1}{2}$  Stunde verbleiben muss (bisweilen für kurze Zeit etwas Reizung!). Schon Tags darauf in der Regel deutliche Besserung, nach einigen Tagen Heilung.

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Febr. 1899. —

Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 23. Febr. 1899.)

— Bei **Behandlung der Hypopyon-Keratitis** hat Dr. E. Zirm (Olmütz) nach dem operativen Eingriff zur Desinfection des Thränensacks bei Blennorrhö desselben mit bestem Erfolge Xeroformemulsion eingespritzt und dadurch weitere Infectionen des Geschwürs verhütet, auf welches ebenso vortheilhaft Xeroform in Pulverform applicirt wurde. Ueber die Gesamtbehandlung äussert sich Autor selbst folgendermaassen:

1. Von kleineren, noch nicht durch Hypopyon complicirten Geschwüren abgesehen, beginne ich immer mit der sofortigen Kaustik. Mit dem feinspitzigen Galvano-kauteransatz wird das Geschwür, soweit es gelb infiltrirt ist, verschorft. Ist das Hypopyon klein, etwa nur 2–3 mm hoch, dann wird es nicht weiter berücksichtigt. Erfahrungsgemäss resorbirt sich dieses unter der weiteren Behandlung von selbst. Ist jedoch das Geschwür ausgedehnt, das Hypopyon gross, etwa bis

zur Kammermitte reichend oder darüber, so wird mit dem Kauter an der zu unterst gelegenen Stelle des Geschwürs bis zur Perforation gebrannt. Durch Streifen mit einem Daviel'schen Löffel entleert sich gewöhnlich der Eiter aus der Kammer. Ein zurückbleibender Rest resorbiert sich unter der weiteren Behandlung von selbst. Nur in Ausnahmefällen wird mit der krummen Lanze über dem unteren Hornhautrande eine kleine Wunde angelegt.

2. Zwei- bis viermaliges Einträufeln von Atropin oder Scopolamin im Tage.
3. Das Auge wird sofort mit dem Schutzkorb versehen. Die Kranken dürfen umhergehen. Kräftige Diät.
4. Alle 1—2 Stunden, auch nachts, wird der Schutzkorb abgenommen und Sublimatvaselin (1:5000) in den Bindehautsack mit einem Wattetampon leicht eingerieben, hierauf der Schutzkorb sofort wieder angelegt.
5. Drei- bis sechsmal am Tage wird auf die Cornea Xeroformpulver ausgiebig eingestäubt.
6. Bei vorhandener Thränensackblennorrhö wird jedesmal vor der Anwendung der Salbe der Thränensack kräftig ausgedrückt, der Eiter mit einem mit Sublimatlösung befeuchteten Wattetampon abgewischt, im Bedarfsfalle 2—4 Mal täglich in den Thränensack Xeroformemulsion eingespritzt.

Rp.

*Xeroform. 10,0*

*Glycerin.*

*Aq. dest. aa 50,0.*

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 9.)

**Blutungen.** Weiss empfiehlt gegen **Epistaxis** nach vorhergegangener Berieselung der Nasenhöhle mit Wasser von 45—50° C. eine Irrigation derselben mit einer Lösung von 5 gr Gelatine in 200 ccm. 7%iger Kochsalzlösung.

(Journal de praticiens, 7. Jan. 1899. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 11.)

— **Gelatine als Haemostaticum** rühmt auch W. Poljakow.

In einem Falle von abundanter Haemorrhoidalblutung und bei einer Haematoemesis infolge eines Ulcus ventriculi sah er eclatante Wirkung, nachdem ihn alle üblichen Mittel im Stiche gelassen hatten. Im 1. Falle stillten Klystiere einer 10 %igen wässrigen Gelatinelösung die B. sofort, im 2. wurde dieselbe Lösung 3 Mal täglich à 200 ccm angewandt, worauf das bis dahin unstillbare Blutbrechen definitiv aufhörte. Bei Thierversuchen konnte Autor wahrnehmen, dass Gelatinelösung auf spritzende Gefässe gegossen, sofort Stillstand der Blutung herbeiführte, auch kam es nie zu Nachblutungen.

(Medicinskoje Obozrenje Sept. 1898. — Allg. medic. Central-Ztg. 1899 No. 24.)

— Ueber die **Verwendung des Nebennierenextracts als Haemostaticum** berichtet Lermite.

Zuerst wurde der Nebennierenextract in der Augenheilkunde zur Bekämpfung der Conjunctivalhyperämie mit Erfolg angewendet; die Beobachtung, dass 1 Tropfen wässrigen Nebennierenextracts genügt, die Conjunctiva zu anaemisiren, wurde mehrfach bestätigt, die gleiche vasoconstrictorische Wirkung zeigte sich bei Application des Extracts auf ekzematöse Hautstellen, Naevi etc. In neuester Zeit fand der Extract Anwendung in der Nasenchirurgie und zwar einerseits prophylaktisch zur Hintanhaltung primärer und sekundärer B., andererseits zur Unterstützung der Cocainanaesthesia. Autor hat noch einen Schritt weiter unternommen, er verwendete den Extract zur Stillung einer habituellen Epistaxis. Es handelte sich um einen serophulösen Knaben, der nach Diphtherie an sehr häufiger und abundanter Epistaxis litt, die nur sehr schwer mit den gebräuchlichen Mitteln zu stillen war. Die Untersuchung ergab Dilatation der Gefässe, doch konnte die Quelle der B. nicht entdeckt werden. Autor führte in jede Nasenöffnung einen mit 5 %iger Cocainlösung getränkten Wattebausch ein, liess ihn 5 Minuten dort und legte dann an dessen Stelle Tampons für gleiche Zeit hin, die mit concentrirter, 0,3 gr des wässrigen Extract enthaltender Borsäurelösung getränkt waren. Nach der 1. Application sistirten die B.

(Brit. med. Journ. 25. Feb. 1899. — Wiener med. Presse 1899 No. 13.)



- Als **Haemostaticum und Anaestheticum bei Zahnextractionen** empfiehlt Legrand folgende Lösung:

Rp.

*Gelatin. pur. 2,0*  
*Natr. chlorat. 0,7*  
*Phenol. crystall. 0,1*  
*Eucain. B. hydrochlor. 0,7*  
*Cocain. hydrochlor. 0,3*  
*Aq. dest. q. s. ad. 100 ccm.*

In geschlossenen und sterilisirten Tuben aufbewahrt, ist die Lösung unbegrenzt haltbar. Bei Zimmertemperatur von gelatinöser Consistenz, ist sie bei 20—25° verflüssigt und kann injicirt werden. An jeder Seite des zu extrahirenden Zahnes werden an der inneren und äusseren Parthie des Zahnfleisches 1—1½ ccm. eingespritzt (möglichst gegen die Tiefe der Zahnwurzel!) und 3 Minuten nachher extrahirt. Letzteres ist schmerzlos, auch bildet sich sofort darauf in der Höhle ein glänzendrothes Blutgerinnsel, sodass die Blutung sofort nach der Extraction sistirt. Bei einer haemophilen Pat., die sonst nach jeder Extraction furchtbare B. bekam, wurden nach obiger Methode 2 Molaren entfernt, worauf die Blutung sofort aufhörte. (Les nouveaux remèdes, 24. Feb. 1899. — Ibidem.)

- **Chloraethyl** benützte Darier mit Erfolg in einer Bluterfamilie, in der Zahnextractionen fast als tödtliche Operationen aufgefasst wurden. Der auf die blutende Stelle gerichtete Chloraethylstrahl liess das ausströmende Blut zu einer harten Masse gefrieren und die B. standen in allen Fällen.

(Brit. med. Journ. 2. Feb. 1899. —  
 Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 15.)

- Als gutes **Haemostaticum bei Magenblutungen** wird von Dreschfeld das Ol. Terebinth. in Kapselform und kleinen Dosen empfohlen. Selbst wo andere Mittel versagen, soll dieses oft prompt wirken.

Das 1899. —  
 No. 12.



- **Rectale Kochsalzeingiessungen bei einer schweren Blutung post partum** wandte de Jersey an. Pat. bereits pullos und benommen. Wenige Minuten nach der Eingiessung Radialpuls fühlbar, das Bewusstsein stellte sich ein und die Frau erholte sich in auffallend kurzer Zeit.

(The Lancet 1898 No. 25. —

Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 11.)

- **B. aus der Harnröhre** können nach Norfleet das einzige Symptom einer Urethralstrictur sein. Er beschreibt 3 Fälle, in welchen jedesmal nach dem Uriniren Blut aus der Harnröhre kam und dann immer Strictur in der vorderen Harnröhre sich als Ursache ergab. Alle Pat. hatten mehrmals Gonorrhoe gehabt, wobei sie „stark brennende“ Injectionen bekommen hatten. Wahrscheinlich hatten sich in der Schleimhaut Granulationen gebildet, die ja leicht bluten und hier schon durch den Urinstrahl zum Bluten gebracht wurden.

(Medical Record 1899 No. 1. —

Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 11.)

- Ueber einen **Fall von isolirter einseitiger traumatischer Trochlearislähmung** macht Doc. Dr. Klein (Allgem. Poliklinik, Wien) Mittheilung. Eine solche Lähmung als Folge eines Traumas, das eine intracranielle Veränderung als Lähmungsursache nach sich zieht, gehört zu den grössten Raritäten. Derlei traumatische Ursachen, die zur Lähmung des Abducens oder des Oculomotorius führen, sind zwar nicht alltäglich, aber eine Reihe von Fällen liegt doch vor. Gerade aber mit Bezug auf den N. trochlearis fehlt es bisher an Beispielen, wesshalb der Klein'sche Fall hohes Interesse verdient. Das 10jährige, ungewöhnlich intelligente Mädchen war vor zwei Tagen auf dem Wege zur Schule infolge von Glatteis gestürzt und fiel dabei auf den Hinterkopf. Sie hatte sich beim Falle gar nicht beschädigt, fühlte nur am Hinterkopfe an der Stelle, welche gerade auffiel, einen leichten Schmerz. Schon ganz kurze Zeit darnach (sie setzte den Weg in die Schule fort) merkte sie in der Schule, wo sie sonst aber keinerlei Störung des Befindens wahrnahm, dass sie alle Gegenstände doppelt sah. Nach Schulschluss musste sie nach Haus

geführt werden, weil das Doppelsehen sie vollständig verwirrte. Zu Hause wurde sie zu Bett gebracht, es wurden kalte Umschläge gemacht. Pat. ass wie sonst, ihre Stimmung war wie sonst, Erbrechen, Kopfschmerz traten nicht ein. Tags darauf ging sie wieder in die Schule, lebte auch sonst wie immer, nur das Doppelsehen genirte sie. Am 3. Tage kam sie in die Poliklinik. Hier bestätigte sich die Angabe der Pat. vollkommen. Es zeigte sich, dass die Diplopie, welche bei Verschluss des einen Auges sofort schwand, um allsogleich bei Offenhalten beider Augen wieder zu erscheinen, vorzugsweise in der unteren Blickfeldhälfte sich geltend machte (Pat. erklärte auch, beim Treppenabwärtssteigen am meisten tangirt zu werden). Die Doppelbilder sind gleichnamig, stehen über- und nebeneinander, das Bild des linken Auges steht tiefer und links, mit dem oberen Ende gegen jenes des rechten Auges geneigt. Die Höhendistanz nimmt zu bei zunehmender Abwärtsbewegung der als Prüfungsobject dienenden Kerzenflamme, und um so mehr nimmt die Höhendistanz zu, je mehr das Object in der unteren Blickfeldhälfte nach rechts geht, während bei Bewegung nach links und unten die beiden Bilder in der Höhenrichtung sich immer mehr nähern, bis bei äusserster Lateralstellung (und zugleich unten) die Doppelbilder verschmelzen und Einfachsehen erfolgt. Die Diplopie erstreckt sich wohl eine bedeutende Strecke weit auch ins obere Blickfeld, doch sind die beiden Bilder einander beträchtlich genähert und bei einer bestimmten Stellung hoch oben erfolgt Einfachsehen. Aus der Stellung der Doppelbilder erhellt, dass die Lähmung eines Senkers und zwar des oberen schiefen Muskels des linken Auges vorliegt. Zur Controle wird noch bei in der Medianstellung stark gesenktem Blicke ein  $16^\circ$ iges Prisma mit der Basis nach unten und ca.  $25^\circ$  nach aussen (lateral) vor das linke Auge gehalten und hierbei verschwindet die Diplopie. Andere Symptome von Augenmuskellähmung sind nicht vorhanden. Die beiden Augen haben ihre gewöhnliche Parallelstellung; keine Spur von Bewegungsstörung, von Strabismus. Die absolute Beweglichkeit ist vollständig erhalten und nur bei Verdecken des rechten Auges, wobei das linke in die Fixationsstellung gezwungen

wird, zeigt sich in classischer Weise die Secundärablenkung des rechten Auges, indem selbes im Momente, da die deckende Hand sich entfernt, sehr stark nach unten und innen (links) gedreht erscheint. Von aussen erscheinen beide Augen durchaus normal, ophthalmoskopischer Befund und Sehvermögen sind ebenfalls normal. Das Allgemeinbefinden endlich ist tadellos, der Harn frei von patholog. Bestandtheilen. — Dass das Trauma die Trochlearislähmung bewirkt hatte, lag auf der Hand. Es fragte sich nur, wie es gewirkt hatte und wo die Verletzung sass, die diese isolirte Paralyse hervorrufen konnte. Eine Verletzung an der Basis cranii würde auch andere Nerven getroffen haben, eine Knochenfractur daselbst hätte B. aus Nase, Ohr, Mund etc. bedingt! Es musste sich um eine Läsion in der Kernregion am Boden des Aqueductus Sylvii handeln, was um so wahrscheinlicher war, als Fälle bekannt sind, in denen nach einem Sturz auf den Hinterkopf Läsionen am Boden des 3. und 4. Ventrikels zur Lähmung jener Nerven, deren Kerne daselbst gelagert sind, führten, d. i. des Oculomotorius und Abducens. Es musste ebenso hier die Kernregion des Trochlearis betroffen worden sein und zwar zweifellos durch eine Haemorrhagie an dieser Stelle, da keine andere Veränderung eine so isolirte Erkrankung nach sich gezogen, sondern noch andere Störungen bewirkt hätte, so eine Erschütterung, so eine Zerreissung von Nervengewebe des Gehirns. Nur eine Gefässzerreissung mit unbedeutender Blutung konnte das hervorgebracht haben, was hier vorlag! Was die Prognose des Falles anbetrifft, so kann wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Resorption des Blutes in Aussicht gestellt und mit derselben Heilung der Lähmung erwartet werden, besonders da es sich ja nur um eine unbedeutende Blutung handeln kann. Freilich die Möglichkeit bleibt immerhin offen, dass die Lähmung nicht ganz ausheilt, sondern dauernd bleibt, vielleicht wegen Zertrümmerung von Zellen im Kerngebiet selbst durch die kleine Blutung, nach deren Resorption Atrophie der Nervenzellen zurückbleibt. Es wäre aber auch eine andere Art von Ausgang möglich: Es ist eine alte Lehre,



dass veraltete Muskellähmungen zuweilen in einfaches sog. concomitirendes Schielen übergehen. Wenn das richtig ist, so wäre der Fall geeignet, ein neues Licht, wenigstens bezüglich eines Theiles der Fälle, über die Pathogenese des Strabismus zu verbreiten. In der Anamnese der Schielfälle spielt nämlich die Angabe über Sturz auf den Kopf eine sehr grosse Rolle. Verhältnissmässig sehr häufig ist die Angabe der Angehörigen schielender, etwa im Beginn des Schulbesuchalters stehender Kinder, wonach diese im zartesten Lebensalter einen Sturz auf den Kopf durchgemacht hätten. Da ist die Annahme sehr naheliegend, dass jener Sturz eine intracranielle Blutung in der Kernregion mit darauffolgender Lähmung nach sich zog, die dann nach jahrelanger Dauer in concomitirendes Schielen überging.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 12.)

**Diabetes mellitus.** Von einem Falle von **D. traumaticus** macht Gudden (München) Mittheilung. Bei einem vorher ganz gesunden Mann machte sich, nachdem durch einen Fall eine Fractur der Schädelbasis eingetreten war, ausser den sonstigen Symptomen der Hirnläsion auch die des D. geltend und zwar schon vom 1. Tage nach dem Unfall an, indem da bereits über colossalen Durst geklagt wurde. Es wurde dann Zucker constatirt, dessen Gehalt im Verlauf der Krankheit bis 7% stieg, durch strenge Diät aber herunterging und zeitweise sogar zum Verschwinden gebracht werden konnte.

(Friedreich's Blätter f. gerichtl. Medicin 1899 Heft 1.)

— Zur **Behandlung des Coma diabeticum** empfiehlt Dr. L. Herzog (Berlin, Krankenhaus Bethanien) die Stadelmann'sche Alkalitherapie, allerdings in modificirter Form. Wenn diese auch bisher die Mortalität wenig herabsetzte, so lag das eben daran, dass man meist zu spät darnach griff. Gleich wenn die ersten Erscheinungen des Comas sich geltend machen, hat man energisch einzugreifen und zwar am besten, indem man mehrmals je 1 Liter physiol. Kochsalzlösung oder 3–5%ige Lösung von Natr. bicarb. subcutan infundirt (an mehreren Stellen der vorderen Brustwand; Einstich-



öffnungen mit Jodoformcollodium verschliessen!). Selbst wenn das in späteren Stadien geschieht, sieht man eclatante, leider aber nur vorübergehende Besserungen; rechtzeitig angewandt, werden jene subcutanen Infusionen zweifellos viele Pat. retten. Noch besser ist es freilich, dem Eintritt des Comas vorzubeugen, d. h. durch fortgesetzte Einführung des Bicarbonats (täglich 10—40 gr Natr. bicarb.) der Alkaliverarmung vorzubeugen, wenn gefahrdrohende Symptome — solche sind: sehr starke Eisenchloridreaction, vermehrte Ammoniak- und Oxybutter-säureausscheidung — zu constatiren sind.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 14.)

**Epilepsie.** Eine sogen. **Nasenepilepsie** demonstirte Dr. E. Meyer. Der 32jährige Pat., aus völlig gesunder Familie stammend, hatte im Alter von 16 Jahren den 1. Anfall dem dann andere in ziemlich langen Pausen folgten. Nach 2—3 Jahren häuften sie sich, um nach Gebrauch von Brom seltener zu werden. Nach 7 Monaten relativer Ruhe stellten sie sich in Pausen von 14 Tagen regelmässig ein. Jetzt hat Pat. 2 Mal vierteljährlich Anfälle gehabt. Vor Eintritt derselben bemerkt Pat. profusen Eiterfluss aus der linken Nasenhöhle, was dessen Mutter schon vor 7 Jahren zum 1. Male und seitdem regelmässig beobachtet hat. Beim Anfall selbst tritt zunächst Drehung des Kopfes nach links ein, Pat. verliert die Sprache, wird bewusstlos, worauf die klonischen Krämpfe einsetzen. Die Anamnese führte zur Untersuchung der Nase und diese ergab linksseitiges Empyem des Sinus maxillaris. Dasselbe wurde nach Fortmeisselung der Vorderwand regulär behandelt und seit dieser Zeit blieben die Anfälle aus, obgleich der Zeitpunkt ihres sonstigen Erscheinens längst überschritten ist. Von Heilung zu sprechen, wäre allerdings verfrüht.

(Laryngolog. Gesellschaft in Berlin 1. Aug. 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 4.)

— Prof. Weinlechner stellt einen 28jähr. Pat. vor, welchen er wegen **Jackson'scher E. mit gutem Erfolge operirt** hat (vor 21 Tagen). Pat. erlitt am 23. März 1896 mit

einer Wagendeichsel einen Schlag auf die linke Stirnhälfte. Er verlor infolge dessen das Bewusstsein und war durch 8 Wochen bettlägerig. Gleich nach dem Schlage war der linke Arm und das linke Bein gelähmt. Nach Angabe der Eltern soll Pat. während des Krankenlagers einen epileptischen Anfall gehabt haben. Dann war er bis Mitte August desselben Jahres gesund, nur litt er hie und da an Kopfschmerzen. Mitte August bekam er infolge grosser Aufregung, wie er angiebt, an einem Tage 3 Anfälle. Später traten solche in Zwischenräumen von 2—5 Wochen auf. In den letzten 2 Jahren bekam Pat. Bromnatrium. Der letzte Anfall war vor 14 Tagen. Pat. wurde am 16. Februar 1899 aufgenommen und es war durch 8 Tage keine Gelegenheit, einen Anfall zu beobachten. Pat. wurde von Prof. Wagner untersucht. Dieser berichtet: „Die Schmerzempfindlichkeit ist auf der ganzen linken Körperhälfte etwas herabgesetzt; die Hörschärfe ist links geringer als rechts. Geschmacks- und Geruchssinn sind beiderseits gleich scharf. Das Gesichtsfeld ist nicht merklich eingeschränkt und beiderseits gleich. Der Schädel ist nirgends auf Druck oder Percussion empfindlich. Pupillen gleich und gut reagierend. Sehnenreflexe von normaler Stärke, beiderseits gleich. Während der Untersuchung mit dem Perimeter erlitt Pat. einen sicher epileptischen Anfall, der mit Zuckungen im linken Mundfacialis begann, dann auf die linke obere Extremität überging, um sich schliesslich zu generalisiren. Nach dem Anfalle postepileptisches Coma und endlich ein Zustand postepileptischer Verworrenheit, die einige Minuten hindurch andauerte. Nach dem Anfalle war die Lähmung im linken Mundfacialis eine vollständige, auch wurde das linke Bein nachgeschleppt. Im Anfalle waren die Pupillen erweitert und reactionslos. Bei dem Umstande, dass schon intervallär Lähmungserscheinungen im linken Mundfacialis vorhanden sind, die sich postepileptisch verstärken, als ferner zweifellos epileptische Anfälle vorhanden sind, die im Facialisgebiete beginnen und nach Angabe des Pat. mit einer Sensation des Gaumens eingeleitet sind, ist es sicher anzunehmen, dass beim Pat. eine Herderkrankung vorliegt, die ihren Sitz



in der motorischen und Fühlsphäre des Kopfes, am Fusse der vorderen Centralwindung hat.“ Vom 27. zum 28. hatte Pat. 4 Anfälle. Unter dem Gefühle des Zusammenziehens am Gaumen, Zuckungen am linken Mundwinkel begann der Anfall mit Zuckungen am linken Arme, dann gingen die klonischen Krämpfe über auf die linke untere, dann rechte untere und schliesslich rechte obere Extremität; zum Schlusse pflegten erst Unbesinnlichkeit und Zuckungen am ganzen Körper einzutreten. Manchmal beschränkte sich der Anfall auf Zuckungen der linken Hand, ohne dass Pat. die Besinnung verlor. Am 2. März 1899 Operation. Nach Aufklappung des Hautperiost-Knochenlappens wurde die Dura kreuzweise durchschnitten, die 4 Zipfel bei Seite gehalten, worauf man am Fusse der Centralwindung eine etwa halbwalnussgrosse, bläulich durchschimmernde Cyste fand, deren äussere, sehr dünne Wand abgetragen, innen aber sammt dem rostfarbenen Beschlage leise abgekratzt wurde. Der Inhalt war klare Flüssigkeit und aus dem Sitze entleerte sich nachträglich etwas Cerebrospinalflüssigkeit. Hierauf wurde am hinteren Basalwinkel des Knochens mit einer Luer'schen Zange ein halbmondförmiges Knochenstückchen ausgekneipt und hierdurch bis zum Orte der Cyste ein Drainröhrchen eingeführt. Der Lappen wurde hierauf zugeklappt und die Haut durch eine Knopfnahnt vereinigt. Während dieser Manipulation entleerte sich durch das Drainrohr etwas Cerebrospinalflüssigkeit. Sorgfältiger Verband. Dass die Cyste thatsächlich am Facialiscentrum gesessen, wurde durch Aufsetzen von Elektroden und darauf folgende Zuckungen der linken Gesichtshälfte constatirt. Am Operationstage 7 leichte Anfälle, bestehend in einem Kreiseln des Orbicularis oris, zuerst links, dann rechts. Am 4. März ein completer Anfall, durch 10 Minuten dauernd, in typischer Form. Facialisinnervation hierauf links schwächer als rechts, linke obere Extremität hing paretisch herab und wurde mit der rechten gestützt. 5. März. Alle Bewegungen des linken Armes ziemlich gut, doch Ataxie, wie vor der Operation. 6. März. Leichte Zuckungen um den linken Mundwinkel. Am 7. März verlor Pat. durch 2 Stunden gänzlich die Bewegungsfähigkeit der linken Hand, welche nach 2 Stunden wieder zurück-

kehrte; kein Anfall; Verlauf vollkommen fieberlos. Am 9. März Verbandwechsel, Entfernung der Nähte. Das Drainröhrchen, 6 cm lang, war ganz in die Wunde zurückgeschlüpft, konnte mit Leichtigkeit entfernt werden; keine Eiterung, keine entzündliche Schwellung, kein Anfall. 11. März. Facialisinnervation links völlig normal, keine Zuckungen, keine Anfälle. Bis zum Tage der Entlassung (25. März) keine Anfälle, weder im Gesicht, noch am linken Arme etwas Abnormes; Handdruck recht kräftig. — Es handelte sich hier zweifellos um Jackson'sche E., deren Ursache eine Cyste im rechten Facialiscentrum war, welche man nach dem rostfarbenen Beschlage an der Basis von einem haemorrhagischen Herde ableiten darf. Die Haemorrhagie selbst war durch Contre-coup entstanden, durch Schlag auf die linke Stirnseite. Die Operation hatte ein glänzendes Resultat und auch prognostisch steht trotz der kurzen Dauer der Beobachtung die Sache günstig, insofern man nach dem Satze „amota causa tollitur effectus“ auf bleibende Heilung hoffen darf. Freilich lehrt die Erfahrung, dass auch unter solch günstigen Verhältnissen mitunter das Leiden sich wieder einstellt, indem das Gehirn an und für sich wahrscheinlich die Disposition zu epileptischen Anfällen behält, selbst dann, wenn man die Ausgangscentra vollständig extirpiert hat, was hier nicht geschehen ist.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 24. März 1899. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)

- Einen seit 2½ Jahren durch Trepanation geheilten Fall Jackson'scher E. führt Regnier vor. Die E. bestand seit einem Schläge auf den Kopf. Entsprechend einer Narbe über dem linken Scheitelbein wurde ausgiebig trepanirt. Der Knochen war vielleicht etwas verdickt. Eröffnung der Dura; am Gehirn fand sich nichts Besonderes. Nach der Operation Anfälle immer seltener, um ½ Jahr nachher (jetzt seit 2½ Jahren) vollkommen fortzubleiben.

(Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, T. XXV. No. 9. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 15.)



- Ueber **Beziehungen zwischen E. und Typhus abdominalis** konnte Dide einige Thatsachen sammeln. Neuropathisch belastete Individuen können nach einem Typhus epileptisch werden. Einige Beobachtungen lehren, dass Leute, die nur wenige und schwache Anfälle haben, nach einem Typhus von der schweren Form der E. heimgesucht werden können. Bei vielen Epileptikern, die erblich nicht belastet sind und auf die auch sonstige Einflüsse nicht schädigend eingewirkt haben, kann bisweilen nur ein durchgemachter Typhus als aetiologisches Moment gefunden werden. 3 Fälle dieser Art sah Autor selbst.

(Revue de médecine 1899 No. 2. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 11.)

### **Fremdkörper. Interessante Fälle von F. bei Kindern**

besprachen Ehrlich und Schuchardt. Ersterem wurde von Dr. Jahn, dem leitenden Arzt der Stettiner Kinderheilanstalt, ein 3jähr. Knabe zugeführt, der 12 Tage vorher eine markstückgrosse Consummarke (2,4 mm Durchmesser) verschluckt hatte. Jahn konnte bei dem feste Nahrung ohne Störung schluckenden Kinde mit Sonden die Münze nicht fühlen, constatirte aber durch Röntgenstrahlen, dass diese in der Höhe der Fossa jugularis frontal festsass. Ehrlich versuchte zunächst erfolglos, den F. im Oesophagoskop zu extrahiren, welches glatt bis zur Cardia gelangte, aber beim Zurückziehen durch eine Bewegung des aus der Narkose erwachenden Pat. herausglitt, ohne dass man des Geldstückes ansichtig wurde. Darauf führte er ohne Narkose und ohne einen Finger in den Mund zu bringen, eine gebogene, frontal fassende Schlundzange in den Pharynx, öffnete sie dort, liess das geöffnete Instrument in die Speiseröhre bis etwa in die Höhe der Fossa jugular. gleiten, schloss dann die Zange und extrahirte mit kräftigem Zuge die Münze. Pat. blieb gesund. — Schuchardt's Pat., ein 5jähr. Knabe, wurde ihm zugeschickt zur eventl. Operation, da er eine dicke Messingrolle von 3 cm Durchmesser verschluckt hatte, die mit einem zum Theil abgebrochenen Haken versehen war. Mittelt Röntgen-

strahlen wurde der F. in der Nähe des Pylorus wahrgenommen, von einem Eingriff aber abgesehen, da Beschwerden nicht vorlagen. Nach 8 Tagen kam die Meldung, der F. sei ohne Schmerz mit dem Stuhlgang abgegangen.

(Wissenschaftl. Verein der Aerzte zu Stettin, 6. Dec. 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 3.)

- **3 Zähne verschluckt**, die auf einer Goldplatte sassen, wurden, wie Sharman berichtet, von einer Dame, die dann, obwohl die Platte scharfe Haken hatte, nur geringe subjective Beschwerden hatte. Röntgenuntersuchung negativ. Nach 2 Tagen Abgang des Fremdkörpers mit dem Stuhlgang. Keinerlei Beschwerden.  
(The Lancet 1899 No. 8. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)

- Einen **Beitrag zum Studium der F. im Auge** liefert Dr. J. De Lantsheere, den eine Frau wegen einer kleinen Geschwulst consultirte, die sich seit 2—3 Monaten unter dem linken Augenlid befindet, genau im inneren Winkel in der Höhe des Thränenpunktes. Die Geschwulst war plötzlich entstanden, etwa erbsengross, unter dem Finger beweglich, eitrig. Pat. hatte bei Lidbewegungen zeitweise grosse Beschwerden, das Auge thränte und wurde roth. Mehrere Aerzte hatten Wasch- oder Tropfwässer verordnet! Autor hob das Augenlid auf und sah ein — sehr grosses Buchweizenkorn! Entfernung desselben genügte therapeutisch. Der Fall lehrt, dass man nicht nur bei Augenentzündungen und Traumen die Lider stets genau durchsuchen soll, sondern dass auch bei aussen prominenten Tumoren diese Durchsuchung sehr erspriesslich sein kann.

(La Presse médic. Belge 1899 No. 6. —  
Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 16. Febr. 1899.)

**Gonorrhöe.** Ueber **Rhinitis gonorrhoeica bei Kindern** macht H. De Stella Mittheilung. Wenn man bedenkt, dass die Nasenschleimhaut der gonorrhoeischen Infection keinen besonderen Widerstand bietet und dass die offene Nase der Infection in der mütterlichen Vagina während der Geburt weit zugänglicher ist, als die durch die Lider geschützten Augen, so muss man sich wundern, dass so



wenig von der gonorrhöischen Rhinitis die Rede ist. In Wirklichkeit ist die Affection durchaus nicht selten und konnte Autor z. B. in den letzten Monaten in der Eemanschen Klinik 15 Fälle sammeln, von denen bei 9 der Gonococcus sicher nachgewiesen wurde, während bei den anderen nur zahlreiche Eiterkokken zu entdecken waren. Die Aetiologie ist einfach: Entweder wird das Kind in der mütterlichen Vagina angesteckt (meist litten die Mütter schon während der Gravidität an einer suspecten Vaginitis) und schon mit der Affection geboren, oder die Infection kommt später durch eitrige Ophthalmie zu stande; in allen Fällen handelt es sich um Kinder im 1. Lebensjahr. Das klinische Bild ist ein typisches: Die Pat. halten den Mund offen, lassen die Brust schon nach einigen Minuten los, schlafen mit offenem Munde und schnarchen. Die Nase ist angefüllt mit Eitermassen, die Schleimhaut roth und geschwollen; oft ist daneben Ophthalmie vorhanden. Die Diagnose ist freilich erst sicher, wenn Gonokokken sich vorfinden, Prognose günstig, wenn Diagnose rechtzeitig gestellt wird. Sonst infolge der Luftpassage durch den Mund leicht Laryngitiden, Bronchitiden, Lungenaffectionen, auch secundäre Infectionen, indem der Gonococcus die bakteriocide Wirkung des Nasenschleimes herabsetzt. Die Behandlung besteht nach Lermoyez in Ausspülungen der Nase mit gekochtem Wasser und Einblasen von:

Rp.

*Argent. nitric. 0,2**Talc. 10,o.*

Autor bepinselt täglich die Nasenschleimhaut mit einem in 2—3 %ige Protargollösung getränkten Pinsel und lässt 3 Mal täglich einstreichen:

Rp.

*Acid. boric. 1,5**Menthol. 0,15**Vaselin. 15,o.*

Prophylaktisch sollten in verdächtigen Fällen den Kindern in die Nase einige Tropfen Sublimat (1:2000) oder Protargollösung (1:80) eingeträufelt werden.

(Belgique méd. 1889 No. 4. —

Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 No. 9.)

- **Neue Scheidentampons aus 10% iger Ichthyol-Glycerin-Gelatine** — zur Behandlung von gonorrhöischer Vaginitis, Beckenexsudaten und dergl. — hat Dr. H. Pohl in der Freudberg'schen Apotheke (Moskau) herstellen lassen und empfiehlt dieselben als sehr zweckmässige Form der Application. Aus 4,0 Sublimatwatte (1:1000) wird ein ovaler Tampon gedreht und mit einem Sublimat-Seidenfaden umschnürt. Der Tampon wird einige Male in eine warme 10% ige Ichthyol-Glycerin-Gelatine-Lösung von etwas weicherer Consistenz als der der elastischen Gelatine kapseln getaucht. Wenn der Tampon durch Auflagerung der Ichthyollösung Walnussgrösse erreicht hat, wird er in eine besondere Metallform gelegt, um ihm die geeignete Gestalt zu geben. Nach dem Erkalten werden die Tampons schliesslich mit einer  $\frac{1}{2}$ % Salicylsäure enthaltenden Gelatineschicht überzogen und zu 6 Stück mit den angebundenen Seidenfäden und einem Stück Watte zum Verschluss des Scheideneingangs nach Einführung des Tampons in eine eigens dazu hergestellte Schachtel verpackt. Pat. bringt in Rückenlage mit Zeige- und Mittelfinger der linken Hand die Labia majora und den Introitus vaginae zum Klaffen, taucht dann den am dicken Ende mit der rechten Hand gefassten Tampon in warme 1% ige Borsäurelösung, führt ihn in den Introitus ein und stösst ihn mit dem Zeigefinger unter Erheben des Gesässes möglichst tief hinein, worauf der Scheideneingang mit Watte verschlossen wird, damit nicht die Wäsche durch eventl. ausfliessendes Ichthyol beschmutzt wird. Vor dem Schlafengehen eingeführt, bleibt solcher Tampon 8—10 Stunden liegen, wird herausgezogen und die Vagina mit Bor ausgespült. Man macht das 6 Tage hintereinander, dann Pause. (St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 No. 10.)

- Die **Behandlung des weissen Flusses mit Hefeculturen** empfiehlt Dr. Th. Landau auf Grund von Erfahrungen, die in der Landau'schen Klinik (Berlin) gemacht worden sind. Autor suchte nach einem möglichst unschuldigen Mittel, das aber die Eigenschaft besitzen sollte, die Erreger des Katarrhs, ihre schädlichen Producte oder ihren Nährboden dauerhaft zu beeinflussen, kurz, er fahndete nach einem lebendigen Mittel. Dies fand er in der Hefe. Er dachte sich, er



müsste die Gonokokken oder die andern Mikroorganismen des Schleimkatarrhs durch die Einführung frischer Culturen von Lebewesen von eigener, noch grösserer Vermehrungsenergie, behufs Entfaltung der genannten Eigenschaften substituiren; es sollte ein antagonistisches Mittel sein. Würden diese Culturen aber selbst unter bestimmten Bedingungen ihrerseits die Rolle des Irritaments übernehmen, so müsste ihre Vernichtung durch uns zur Hand liegende Mittel, wie ja bekanntermaassen bei der auf der Schleimhaut schmarotzenden Hefe, eine einfache und prompte sein. Die Ausführung dieser Idee hatte nun überraschende Erfolge in der Behandlung des gonorrhöischen und nicht gonorrhöischen weissen Flusses. In den letzten 6 Monaten wurden ca. 40 Fälle so behandelt, meist chronische G. oder solche chronischen Katarrhe, die zwar durch Anamnese und Verlauf als G. gekennzeichnet waren, aber bakteriologisch-mikroskopisch als solche nicht erwiesen waren. Acute Katarrhe wurden nur wenige so behandelt und waren die Erfolge nicht so constante, dass das Mittel als Specificum gegen G. gelten könnte. Die sonstigen Erfolge können in 4 Gruppen classificirt werden:

- a) In mehr als der Hälfte der Fälle schwand, in einigen Fällen nach 1–2maliger Application des Mittels, jede makroskopisch nachweisbare Spur des Ausflusses. Diese Heilung blieb auch nach Schluss der Behandlung fortbestehen. Frauen, die monate-, ja jahrelang von einer fressenden, profusen Secretion gepeinigt waren, die trotz örtlicher Behandlung und trotz täglich wiederholter Scheideninjection nicht in Schranken zu halten war, sind nach mehrmaliger Application von Hefe geheilt geblieben und konnten von da ab des Irrigators entbehren.
- b) In einer weiteren Anzahl von Fällen wurde zunächst dasselbe Resultat erzielt wie bei den Fällen sub a. Nach längerem Aussetzen der Behandlung trat jedoch wieder Ausfluss auf (alle Patienten dieser Kategorie wurden ambulatorisch behandelt und kann es sich leicht um Reinfection handeln).

- c) Bei einigen Patienten erfolgte objectiv nachweisbare Verminderung des Ausflusses, also Besserung, zum Theil in solchem Grade, dass sie subjectiv als Heilung empfunden wurde.
- d) Bei einigen Patienten ergab die Behandlung objectiv kein Resultat, die Patienten selbst aber gaben an, trotz Fortlassung der Irrigationen, sich besser zu befinden, so dass also auch hier einige Wirkung wohl vorhanden war.

Autor verwendete aus einer Brauerei bezogene Hefe, die jedes Mal nach dem Gebrauch auf Eis gestellt und alle 3 Tage erneuert wurde. Die Hefe ist durch Zusatz einer bestimmten Menge von Bier, resp. gährfähiger Würze in dickflüssigem Zustande von dem bekannten Geruch und lässt sich in eine gewöhnliche Tripperspritze einsaugen. Die Gährfähigkeit kann man jederzeit mit dem Einhorn'schen Gährungssaccharometer controlliren. Von der dickflüssigen Hefe injicirt man nun mit telst einer Spritze nach Entfaltung des Vaginalrohrs mittelst Platte und Rinne ca. 10–20 ccm. in den Scheidengrund und entfernt die Instrumente, nachdem man einen mit einem Faden versehenen Tampon vorgelegt hat; letzterer wird nach 24 Stunden entfernt (Scheidenspülungen unterbleiben ganz!). Bei Patienten mit ganz oder relativ intactem Hymen wird ein dünnes Glas- oder Gummirohr durch die Hymenalöffnung eingeführt und durch dieses die Hefe in die oberen Scheidenabschnitte eingespritzt. Nach 2–3 Tagen wird die Procedur wiederholt. Die Dauer der Behandlung schwankt von 1 bis mehreren Wochen. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten stets. Die Injectionen beschränkten sich immer auf die Scheide. Die Wirkung derselben kann verschieden gedeutet werden.

1. Directe mechanische Verdrängung der den Katarrh unterhaltenden Mikroorganismen durch Ueberwucherung.
2. Wasserentziehung oder Entziehung von sonstigen Nährstoffen, die die vorhandenen Mikroorganismen zum Leben brauchen.
3. Wirkung von Stoffwechselproducten der Hefe, entweder
  - a) direct die vorhandenen Mikroorganismen schädigend und tödtend, oder



- b) ihre den Katarrh unterhaltenden Toxine neutralisirend, oder
- c) die Reaction des Nährbodens ändernd, sei es, dass die in der Scheide vorhandene Säure verstärkt, sei es, dass eine andere Säure producirt wird, wodurch den ersten Mikroorganismen ein Gedeihen unmöglich gemacht wird.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 11.)

- Besser als sog. Salbenspritzen, Tripperpistolen etc. zum Einführen von Salben in die Harnröhre sind nach Dr. O. Ehrmann (Mannheim-Heidelberg) **gläserne Salben-Fülltuben**. Es sind das kurze Glasylinder, in deren Lichtung der Daumen bequem Platz hat. Der Rand der einen Oeffnung ist an der Gebläseflamme etwas eingebogen als Halt für einen Korkstopfen im Inneren der Glastube. Dieser Kork ist durchbohrt und trägt ein kurzes spitzgebogenes Glasröhrchen. Die Tube wird nach Einschieben dieses Korkes zum grössten Theile mit Salbe gefüllt (wie ein Salbentöpfchen) und dann ein im Lumen freibeweglicher zweiter Korkstopfen hinten eingesetzt. Bei Verschieben des beweglichen Korkes durch den Daumen tritt vorn am Glasröhrchen die Salbe wurstartig aus (wird vorher die Tubenspitze etwas erwärmt, so fliesst die weiche Salbe noch besser aus). Ist die Tube leer, so schiebt man beide Korken nach hinten heraus (mit Federhalter), schiebt den vorderen Kork wieder ein und füllt wieder. Man hat hier also gegen Chemikalien indifferente, stets wieder füllbare, auskochbare, durchsichtige, graduirbare (genaue Dosirung), compendiöse, billige (eventl. selbst herstellbar) Salbengefässe und Füllinstrumente, leicht mit einer Hand zu benützen und sehr praktisch.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1899, Bd. 28 No. 5).

- Einen **Unglücksfall bei Behandlung einer chronischen G.** theilt Dr. Prissmann (Libau) zur Warnung mit. Die Ultzmann'sche Katheterspritze, bestehend aus einer Pravaz'schen Spritze, an der sich ein silberner Katheter ansetzt, ist hier recht zweckmässig. Da nun der silberne Katheter theuer ist und vom Höllestein meist sehr angegriffen wird, so ersetzt man ihn vielfach durch einen Hartgummikatheter. Einen solchen benützte

auch Autor Jahre hindurch, bis derselbe jetzt mal in seiner vorderen Hälfte in der Pars poster. urethrae abbrach, sodass eine Urethrotomia externa nöthig wurde. Autor räth daher, bei Behandlung der Pars poster. nur von dem richtigen Ultzmann'schen Apparat oder noch besser von der Guyon'schen Spritze Gebrauch zu machen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 No. 12.)

### **Rheumatismen. Einen acuten Gelenkrheumatismus im**

**Cricoarytaenoidgelenk beginnen** sah Dr. Baurowicz (Krakau). 5 Tage lang machten sich bei der Pat. nur Schmerzen an der linken Seite des Halses beim Schlingen neben Heiserkeit geltend und bei Bestastung der Gegend des Aryknorpels Druckempfindlichkeit, am 5. Tage erst stieg die Temperatur und es schmerzten mehrere Gelenke, worauf sofort Salicyl verabreicht wurde. Erst am 9. Tage war das Cricoarytaenoidgelenk wieder beweglich. Dass dies Gelenk im Verlaufe von Rh. mit erkranken kann, ist bekannt, aber nur 1 Fall existirt noch in der Litteratur, wo es ebenfalls zuerst befallen wurde und dann erst der eigentliche Gliederreumatismus zur Entwicklung kam.

(Archiv f. Laryngologie Bd. 9, Heft 1.)

- Ueber **Erysipel und acuten Gelenkrheumatismus** lässt sich Montoux (Marseille) aus auf Grund von 11 zum Theil selbst beobachteten, zum Theil aus der Litteratur gesammelten Fällen. Danach ist der acute polyarticuläre Rheumatismus eine häufige Folge des Erysipels und er erscheint meist zur Zeit der Abschuppung, 1—7 Tage nach Aufhören der fieberhaften Symptome. Das Fieber beginnt von Neuem und es entsteht das gleiche Bild wie beim spontanen acuten Rheumatismus, auch wirkt Salicyl prompt ein. Die Pat zeigen oft Zeichen früherer rheumatischer Affectionen oder es sind Gichtiker oder nach dieser Richtung erblich belastet; bei einem kleinen Theil fehlt allerdings dies, der Rheumatismus scheint directe Folge des Erysipels zu sein.

(Revue de méd., Januar 1899, —

Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 13.)



- Ueber einen ungewöhnlichen Fall von **Erythema exsudativum multiforme** macht Dr. S. Prissmann (Libau) Mittheilung. Ein junges Mädchen von 16 Jahren erkrankte unter den Erscheinungen einer schmerzhaften Steifigkeit im Nacken und Schmerzen in den Gliedern. Nach 24 Stunden traten an beiden Armen und Beinen, besonders in der Gegend der Gelenke, erythematöse, bald central sich bläulich verfärbende Flecken von der Grösse eines silbernen 5 bis 50 Kopekenstückes auf. Nach wenigen Tagen beide Arme, von oberhalb der Ellbogengelenke bis zu den Fingerspitzen, stark ödematös geschwollen, hart und recht schmerzhaft, besonders bei Berührung. Dem rothen, etwas erhabenen Saume der sich immer vergrössernden Flecken an der Streckseite der Vorderarme und Finger sassen zahlreiche, wässrigschimmernde Bläschen auf (*Herpes circinatus*). Indem die Schwellungen der Arme und Hände und damit auch die subjectiven Beschwerden immer mehr zunahmen, schossen zahlreiche, cyanotisch gefärbte, mit blutiger Flüssigkeit prallgefüllte pemphigoide Bläschen auf, von denen manche bis Hühnereigrösse erreichten; einzelne waren an der Basis von einem Kranz kleinster Bläschen auf rothem Grunde umgeben. Weder im Ellbogen-, noch im Hand- oder den Phalangealgelenken Beweglichkeit vorhanden. An den Beinen verschwanden die Flecken bald völlig. Pat., die auf dem Höhestadium der Affection einen schwerkranken Eindruck machte, war sehr unruhig und klagte über heftiges Brennen und recht empfindliche Schmerzen in den Armen, besonders in der Gegend des Handgelenks, wo das Krankheitsbild am prägnantesten ausgebildet war. Die Nächte verbrachte Pat. unter Hallucinationen meist schlaflos. Temperatur die ganze Zeit hindurch normal, Puls 70—80. Therapie: *Natr. salicyl.*, für die Nacht etwas *Morphium*; nachher, zur Vermeidung von Recidiven, Combination von *Ergotin* und *Ichthyol* intern, letzteres als Salbe auch extern. Die grossen Blasen wurden vorsichtig an der Basis entleert, wobei eine stark blutig gefärbte Flüssigkeit zum Vorschein kam. Das Höhestadium der Krankheit dauerte

etwa 1 Woche, die späteren Recidive bestanden in unbedeutenden bläulich-rothen Flecken. Die Haut weist zur Zeit keinerlei Narben, wohl aber leichte Pigmentationen auf. Es handelte sich also hier um einen atypischen Fall von Erythema exsud. multif. (bullosum), combinirt mit Herpes circinatus.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1899 No. 12.)

— **Aspirin**, ein neues Salicylpräparat (Farbenfabriken Elberfeld), eine Verbindung von Essig- und Salicylsäure, hat Dr. Witthauer (Diakonissenhaus Halle a. S.) mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel zeichnet sich vor allen anderen Salicylpräparaten dadurch aus, dass es erst in Berührung mit alkalischen Flüssigkeiten, also erst im Darm in seine Bestandtheile gespalten wird, sodass es also den Magen nicht angreift. Es wurde bei über 50 Pat. versucht (pro die 4—5 gr in Grammdosen und zwar in der Form, dass es mit etwa 3 gr gestossenen Zuckers und 1 Esslöffel Wasser vermischt wurde.) Alle nahmen es gern wegen seines angenehmen Geschmacks. Bei Rh. war die Wirkung die gleiche, wie die des Natr. salicyl. (ebenso bei Pleuritis etc.), ja öfters wirkte es da wo letzteres im Stich gelassen hatte; es versagte nie in seiner Beeinflussung der Schmerzen, der Schwellungen und des Fiebers und übte dabei nie eine ungünstige Wirkung auf Herz und Magen aus, ja es war erstaunlich, wie gut sich der Appetit auch bei Pat. erhielt, die Aspirin lange Zeit nehmen mussten.

(Die Heilkunde, April 1899.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.**

Ueber ein 5 Jahre altes Lithopädion berichtete v. Erlach. 44jährige Frau, die 1 Mal geboren hatte. Im Jahre 1893 war die Periode durch 12 Monate ausgeblieben. Ein Arzt untersuchte und meinte, es würde noch am selben Tage die Geburt erfolgen. Aber das trat nicht ein, der Bauch wurde vielmehr kleiner, die Periode trat wieder regelmässig ein. Pat. hatte aber vielfache Schmerzen und im Januar d. J. traten heftige Blutungen auf, welche zur Diagnose Myom Veranlassung gaben. Die Untersuchung (4. Oct.



1898) ergab in der Mittellinie eine etwas über den Nabel reichende, kugelige, derbe, nach den Seiten nur wenig, nach oben gar nicht bewegliche Geschwulst, die mit der Vaginalportion in fixer Verbindung war; Uterus nicht zu differenzieren; rechts und links die Parametrien verdickt zu tasten. Laparotomie: Vordere Bauchwand mit Netz verwachsen; dasselbe, hochgradig verdickt, bedeckt im Verein mit dem nach unten dislocirten Quercolon den dahinter liegenden Tumor; nach Lösung der festen Verwachsungen kommt der kugelige, kindskopfgrosse Tumor zum Vorschein, der durch bandartige Adhäsionen weiter mit dem Dickdarm (Appendices) und mit Dünndarmschlingen innig verwachsen ist und mit den rechtsseitigen Adnexen in fester Verbindung steht; nach mühsamer Auslösung des Tumors werden die beiderseits in Pyosalpinx umgewandelten Tuben sichtbar und entfernt; der Uterus sitzt tief im Becken, mit der vorderen Peritonealwand fest verwachsen; Serosa-Naht der theilweise von der Serosa entblössten Darmschlingen, Resection des grössten Theiles des vielfach blutenden grossen Netzes, Drainage. Der Tumor kugelig, 12 cm lang, 10 cm hoch und breit, theilweise knochenhart (Schädelknochen), daran schliesst sich die bogenförmig gekrümmte Wirbelsäule mit den Rippen, nach vorn zu liegen die Extremitäten; der ganze Embryo in starker Ventralflexion, durch die zwischen den Knochentheilen liegende, schmierig-fette, kittartige Substanz fixirt. Wundverlauf fieberfrei, in der 3. Woche konnte Pat. das Bett, in der 4. das Spital verlassen.

(Geburtshülf.-Gynäkolog. Gesellschaft in Wien, 29. Nov. 1898. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 7.)

- Zur **Casuistik der Wehenanomalieen** bringt Skutsch einen interessanten Beitrag. Derselbe wurde zu einer 25 jähr. Ilpara behufs Naht eines Dammrisses gerufen. Auffallend die überaus heftigen, alle 10 Minuten einsetzenden, äusserst schmerzhaften Nachwehen, sodass die Frau den Eindruck einer Gebärenden in der Austreibungsperiode machte.

Diese Wehen hielten in gleicher Stärke an den folgenden Tagen an und verhinderten jeglichen Schlaf. Als am 3. Tage noch gar kein Nachlass eintrat, wurde untersucht, ob im Uterus vielleicht Placentarreste oder grössere Blutcoagula wären; es fand sich nichts. Erst in der Nacht vom 4. zum 5. Tage (Morphium war wirkungslos geblieben!) machten die Wehen längere Pausen und vom 5.—8. Tage erfolgten sie nur noch stärker beim Anlegen des Kindes. Sonstiger Verlauf ungestört, fieberfrei. Die Frau war früher immer gesund gewesen; bei der 1. Entbindung hatte sie ebenfalls in den ersten Tagen solche Nachwehen gehabt. Solche heftige Nachwehen scheinen der Familie überhaupt eigenthümlich zu sein: Die Mutter hatte bei ihren 9 Entbindungen stets darüber zu klagen gehabt, ebenso die Grossmutter der Wöchnerin bei ihren 11 Geburten, ebenso die einzige verheirathete Schwester der Wöchnerin.

(Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena, 2. Febr. 1899. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 10.)

- Einen **Fall von puerperaler metastatischer Panophthalmitis**, betreffend eine 34jährige Ipara von zarter Constitution, publicirt Dr. Saradeth (Ruhpolding): Die Frau war nach längerer Geburtsdauer, doch ohne künstliche Hilfe, durch die Hebamme vor 12 Tagen entbunden und hatte schon während der letzten Tage auf einige Stunden das Bett verlassen, als geringe Schmerzen im Unterleib, sowie eine bereits seit mehreren Tagen bestehende Obstruction sie nöthigten, den Arzt zu rufen. Weil die Lochien noch blutig waren und der Gebärmuttergrund, welcher auf Druck ein wenig empfindlich erschien, noch oberhalb der Symphyse fühlbar, war mangelhafte Rückbildung des Uterus anzunehmen, namentlich da es sich um eine Ipara handelte. Für die vorhandene febrile Temperatur von 39,1° konnte eine Ursache nicht ausfindig gemacht werden. Lavement, Secale in den nächsten Tagen. Am Morgen des nächsten Tages (des 13. post part.) Temp. 36,3° und Abends 38°; wegen Ischurie Katheterisation, Allgemeinbefinden gut. Die stärker werdende Blutung am 14. Tage post part. veranlasste, die Hebamme zu fragen, ob die Placenta vollständig gewesen sei, was bejaht wurde, während die Temp. von 39,4° zwang, eine Scheidenausspülung



mit 3 $\frac{3}{10}$ iger Carbolsäurelösung vorzunehmen. Da darnach das Fieber innerhalb 24 Stunden noch nicht abgefallen war und die Blutung andauerte, machte Autor eine heisse Uterusinjection. Am Nachmittage dieses Tages (15. post part.) colossale Metrorrhagie; Entfernung eines zwetschengrossen Placentarrestes; hochgradigste Anaemie. Nachdem letztere durch die verschiedensten Mittel behoben, Abends Temp. 38,2°. Die höheren Fiebergrade wurden durch Antipyrin, Chinin. mur., besonders aber durch kalte Einwickelungen und Abwaschungen bekämpft; daneben grosse Alkoholdosen. An diesem wie an den folgenden 3 Tagen Katheterismus nöthig. Am 16. Tage post part. schwankte die Temp. zwischen 38,3° und 40,4°, am 17. zwischen 38,1° und 40,8° (2 Schüttelfröste), am 18. zwischen 37,5° und 40,6° (2 Schüttelfröste), am 19. zwischen 36,7° und 39,9° (an diesem Tage Decubitus). 20. Tag: Niedrigste Temp. 36,5° (4 Uhr früh), höchste 39,4° (8 Uhr Morgens) und 39,2° (2—4 Uhr Nachmittags); Schmerzen in der Herzgegend, jedoch kein Geräusch hörbar; Ordination: Eis. 21. Tag: Niedrigste Temp. 36,3°, höchste 40,6° (Schüttelfrost); Klagen über Schmerzen am rechten Auge, welches etwas thränt, an dem aber sonst nichts Abnormes wahrnehmbar ist. 22. Tag: Wegen reichlichen, übelriechenden Ausflusses aus den Genitalien vaginale und intrauterine antiseptische Ausspülungen, welche an den nächsten Tagen wiederholt werden; rechtes Auge thränt mehr wie gestern, Schmerzen intensiver, Conjunctiva injicirt.; Temp. an diesem und dem folgenden Tage normal, nur Abends 38,4° und am 23. Tage Mittags 38,3°, Nachmittags 38°. 24. Tag: Von 8 Uhr früh bis Nachts 2 Uhr Fieber zwischen 38,1° und 39,2°; es hörte dann einige Stunden auf, um dann wieder zu beginnen und am 25. Tage, Nachmittags 4 Uhr, 39,4° zu erreichen, dann wieder Abfall; ganze rechte Gesichtshälfte schmerzt, etwas geschwollen, rechte Pupille verengert, Beweglichkeit und Reaction vermindert. 26. Tag: Niedrigste Temp. (Morgens 4 Uhr) 36,8°, von 6 Uhr Abends bis 4 Uhr Morgens des nächsten Tages mässiges Fieber mit 38,9° als höchster Temp. (10 Uhr Abends); die neben den bereits bestehenden Erscheinungen der Enge und Schwebbeweglichkeit der Pupille jetzt noch constatierten Synechieen, die rothbraune Verfärbung der Iris und die Herabsetzung des Sehvermögens legen den Verdacht auf

metastatische pyämische Iritis nahe; Ordination: Atropin, warme Umschläge, Laxantien. 27. Tag: Augenlider schwellen an; Ord. ead.; seit früh 4 Uhr kein Fieber. 28. Tag: Augenlider so stark geschwollen, dass sie Pat. spontan fast nicht öffnen kann; erhebliche neuralgische Schmerzen an Stirn und Nase; Ung. Hydrarg. ciner.; Temp. 36,8—37,6°, nur 1 Mal (6 Uhr Abends) 38,5°. 30. Tag: Nachts ist sehr grosse Schwellung der ganzen rechten Gesichtshälfte aufgetreten, starke pericorneale und conjunctivale Injection, Oedem der Conjunctiva bulbi, Bulbus erscheint hervorgetrieben, Pat. unterscheidet nur mehr hell und dunkel; auf Glacies, Hirudines, Laxantia geht die Schwellung zurück, die Schmerzen lassen etwas nach. 39. Tag: Pat. seit 11 Tagen afebril, Allgemeinbefinden sehr gut; verlässt auf 1 Stunde das Bett; Sehvermögen aufgehoben, rechter Bulbus gespannt, Cornea trüb, unempfindlich. 41. Tag: In der rechten Augenkammer eine weissliche, klumpige, nach oben halbmondförmig begrenzte Eitermasse sichtbar; Ordination: warme Umschläge. Am 44. Tage entstand in der Sklera am äusseren rechten Augenwinkel nach unten zu eine Perforation, deren Verschluss nach Aufhören der Eiterung innerhalb 10 Wochen eintrat. Pat., welche schliesslich noch eine sehr starke Alopecie durchmachte und 3 Monate post part. wieder menstruirte, hat sich nunmehr nach Ablauf von 3 weiteren Monaten völlig erholt, wenn sie auch den Verlust des Sehvermögens auf dem einen Auge und die, freilich nicht hochgradige, Entstellung zu beklagen hat. Mit diesem Resultat muss man ganz zufrieden sein, da bei dieser Affection meist Exitus eintritt. So sagt z. B. Schmidt-Rimpler: „Bei Allgemeinleiden pflegt das Auftreten metastatischer Iridochorioiditen für die Prognose quoad vitam nicht günstig zu sein. Puerperalfieber besonders pflegen bei dieser Complication in der Regel letal zu enden; nur wenige Ausnahmen sind bekannt.“ Auch Axenfeld verzeichnete von 105 Fällen von puerperaler Ophthalmie, die er sammelte, nur 30 Mal günstigen Ausgang, 75 Mal tödtlichen.

(Münchener medle. Wochenschrift 1899 No. 11.)

— Ein durch Kochsalzinfusionen geheilter Fall von schwerster Sepsis post abortum, über den Dr. N. Ostermayer (Budapest) berichtet, zeigt, dass nicht mit Unrecht Eber-

hart (Naturforscherversammlung 1898 in Düsseldorf) die schon in Frankreich vielfach mit Erfolg angewandten subcutanen Injectionen von 0,9%iger Kochsalzlösung bei Puerperalfieber als Erster in Deutschland warm empfahl. In obigem Falle, wo die 3 behandelten Aerzte keine Hoffnung mehr hatten, die Pat. zu retten, thaten die Infusionen (täglich 2 Mal à 300 ccm, im ganzen 18) Wunder, indem der momentane Erfolg eclatant war und sehr bald die Besserung in Heilung überging.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 12.)

- **Ichthiol gegen Pruritus vulvae gravidarum** empfiehlt Doizy, der 15%ige Salbe, auf die Labien applicirt, auch in einem schweren Falle mit promptem Erfolg angewandt. Auch 10%ige wässrige Lösung kann benützt werden.

(L'Echo médical de Lyon, 15. Sept. 1898 —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 20.)

**Syphilis.** Einen Fall von **Spondylitis syphilitica** beschreiben Fournier und Loeper. Bei dem wohlgenährten, tuberculös nicht belasteten Pat., der 1879 S. durchmachte, traten vor 15 Monaten leichte Schmerzen in der Halswirbelsäule, verbunden mit Torticollis auf. Unter Jodbehandlung liessen die Schmerzen nach, während die Steifigkeit blieb. Im December 1898 entstand dann plötzlich eine Lähmung aller 4 Extremitäten, verbunden mit lebhaften Schmerzen im Nacken, Anschwellung der Halswirbelsäule und völliger Steifigkeit derselben. Die Musculatur des Nackens wie der Arme war atrophisch. An allen Extremitäten waren die Reflexe gesteigert und in der Gegend am 2.—4. Halswirbel befand sich ein Gibbus. Da Tuberculose auszuschliessen war, handelte es sich wohl sicher um eine syphilitische Erkrankung.

(Soc. de dermat. et de syphil. 9. Febr. 1899. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 11.)

- Dass **Aorten-Aneurysmen meist syphilitischer Natur** sind, behauptet Dr. E. Aron (Berlin, Jüd. Krankenhaus) mit aller Bestimmtheit. In der Regel erfahren wir das bald aus der Anamnese oder wir können uns den Zusammenhang bald selbst heraussuchen. Besonders im jugendlichen Alter eruiren wir fast stets bei den Pat. S. und



die therapeutischen Erfolge zeigen auch oft genug, dass die Diagnose richtig war. Wenn wir nur einigermaassen Grund haben, diese Aetiologie anzunehmen, müssen wir bei den Pat. mit Aorten-Aneurysmen ausser Jodkali auch Quecksilber verabreichen, indem wir vorsichtig eine Inunctionseur einleiten (Pat. darf natürlich nicht selbst einreiben!), welche, wenn sie gut vertragen wird, allmählig gesteigert, event. wiederholt werden muss. Durch derartige consequente Combination von Jodkali und Quecksilber werden wir oft heilend einwirken können.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 12.)

- Einen **Fall von Framboesia syphilitica** stellte Kiessling vor. Pat., eine 38jährige Arbeiterfrau, erkrankte vor etwa 9 Wochen ohne eine bestimmte Ursache an einem allgemeinen Unwohlsein, Abgeschlagenheit und Seitenstechen, weshalb sie das Krankenhaus Alt-Döbern aufsuchte. 8 Tage nach ihrer Aufnahme daselbst, während sich ihr Allgemeinbefinden gebessert hatte, entstanden zuerst am linken inneren Augenwinkel, dann auf der Stirn, der Nase und beiden Wangen unter der Haut Knoten. Diese wurden grösser, brachen unter Absonderung von reichlichem Eiter auf und gingen in Geschwüre über; sie wurden mit Hg.-Pflaster bedeckt. Bald aber verdickte sich der Geschwürsboden und es erhoben sich aus ihm kleine Knötchen, anfangs nur aus der Mitte, dann aus der ganzen Fläche. Die Knötchen wuchsen schnell und innerhalb von 2 Wochen entwickelte sich das Bild, wie es jetzt besteht. Gleichzeitig mit den Geschwüren im Gesicht entstanden auch solche auf dem linken Schulterblatt, dem linken Unterarm und der rechten Hüfte; dieselben sind z. Z. bereits überhäutet, ohne in ihrem Verlauf die Neigung zu ähnlichen Wucherungen wie die im Gesicht gezeigt zu haben. Das Gesicht der Pat. bietet jetzt einen eigenartigen Anblick: Auf der Nase, an den Wangen, in der rechten Kiefergrube, am linken Ohr und fast ringförmig um beide Augenöffnungen sich legend, sieht man Gruppen von kleinen, flachen, grauweissen Wärzchen, die breit auf der Haut aufsitzen, mit ihr über der Unterlage verschieblich sind, sich ebenso wie



die von ihnen bedeckte Haut knorpelhart anfühlen und bei Druck etwas empfindlich sind. Ihre Oberfläche ist jetzt von Epidermis gleichmässig überzogen; bei der Aufnahme in die Klinik (vor 10 Tagen) waren sie noch vielfach von honiggelben bis dunkelrothen Borken bedeckt und sonderten reichlich Secret ab. Ihre Umgebung, damals noch vollständig normal, zeigt heute lebhafte Röthung, wohl der erste Einfluss der Therapie, welche bisher nur eine allgemeine war. Ihrem Ansehen und Bau nach sind die Efflorescenzen flache Papillome; dendritische Verästelung lässt sich nur an der Nase und den Augenbrauen beobachten. Die Gebilde ähneln durchaus einer Himbeere (*Framboise*), daher der Name *Framboesia*, mit dem freilich früher die bekannte tropische Infectiouskrankheit belegt, später erst alle papillomatöse Wucherungen benannt wurden. Jenes *Polypapilloma tropicum* (endemisch in Central- und Westafrika, Centralasien und den oceanischen Inselgruppen) bietet allerdings in einer gewissen Periode des Verlaufes das gleiche Bild, wie es bei obiger Pat. besteht, wo freilich etwas Anderes zu Grunde liegt, nämlich tertiäre S., *Framboesia syphilitica* s. *S. cutanea vegetans*. Pat. hat sich, ohne es bisher selbst zu wissen, vor etwa 18 Jahren inficirt, indem sie für ihr gestorbenes Kind ein fremdes Kind, welches anscheinend syphilitisch war und bald starb, an die Brust legte; damals entstanden an der linken Brustwarze Wunden, die sich erst allmählig schlossen. Seitdem 2 Frühgeburten (im 8. Monat) und 1 lebendes Kind, dasluetische Erscheinungen darbot und auch bald starb. Ferner litt Pat. vor 12 Jahren an einer schweren (wohl nicht erkannten!) Halsaffection, spricht seitdem durch die Nase und verschluckt sich häufig. Gleichermaassen ist eine sehr chronische Geschwürsbildung am rechten Unterschenkel sicher auf S. zurückzuführen. Jetzt noch als Zeichen der S. die charakteristischen Narben der letzteren, weiter die abgeheilten Ulcera sichtbar, die also vor 7 Wochen auftraten und endlich ausgedehnte Defecte an den Gaumenbögen. Papillomatöse Wucherungen, wie sie Pat. hat, sind sehr selten, in geringerer Ausdehnung sieht man sie eher, und zwar bei verschiedenen Affectionen. Bei S. trifft man sie ausser auf der

Basis des tertiären ulcerösen Syphilids an bei spätsecundären pustulösen Efflorescenzen und bei secundären Papeln in der Nasolabial-, Kinn- und Ohrfurche („papilläres Syphilid“ nach Leser, „Syphilide granulée“ nach Fournier). Sie sind gesehen worden bei Carcinomen des Gesichts, bei Sycosis parasitaria, bei chron. Fussgeschwüren und beim Lupus hypertrophicus, es gehören hierher die Dermatitis papillomatosa capillitii und vor Allem auch die Acuminaten, denen wir so oft bei Gonorrhoe und Irritationen an den äusseren Sexualorganen begegnen, endlich auch die Verucca Peruviana (eine in Peru herrschende, vielleicht mit dem Polypapilloma tropicum identische Infectiouskrankheit). Wenn man von diesen Tropfenaffectionen, wo die Wucherung wahrscheinlich durch einen specifischen Infectionsträger bedingt wird, absieht, so kann bei den übrigen Formen an 2 gemeinsame Ursachen für die eigenartigen Gebilde gedacht werden. Stets erscheinen sie an Stellen, die leicht Insulten ausgesetzt sind (behaarter Kopf, Gesicht, Unterschenkel) und stets hat das zu Grunde liegende Leiden die Eigenschaft, dass die geschwürige Fläche stark reizende Secrete absondert; in Anbetracht der relativen Seltenheit der Framboesie lässt es sich nur schwer annehmen, dass eines der beiden Momente an sich zur Erzeugung der eigenartigen Gebilde genügt, sondern es liegt die Vermuthung nahe, dass beide zusammenwirken müssen, wobei vielleicht persönliche Disposition, im Secret vorhandene toxinartige Stoffe u. dgl. auch eine Rolle spielen. Therapie in obigem Falle: Intern Jodkali, local Calomel. Wenn die Efflorescenzen, wie in einigen Fällen berichtet worden ist, auf diese Weise nicht bald ganz verschwinden, müsste man zum Messer oder scharfen Löffel greifen, jedenfalls kann man der Patientin baldige und vollständige Heilung in Aussicht stellen.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte 17. Sept. 1898. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)

— **Carcinom nach Gumma des Kehlkopfes** beobachtete 2 Mal Dr. Keimer (Düsseldorf). Schon Lang sagt: „Ein anderer Ausgang des gummösen Processes ist sehr selten,



dafür aber auch um so ernster. Verfällt nämlich ein Gumma in Ulceration und schleppt sich die Verschwärung, sei es nun durch Verwahrlosung, sei es durch andere, uns nicht bekannte Umstände, lange Zeit hin, so ist, wie überhaupt nach lange bestehenden Irritationszuständen, ein Umschlagen des gummösen Geschwürs in Carcinom zu besorgen<sup>4</sup>. Auch bei Keimer's beiden Pat. waren Vernachlässigung und Verschleppung des Zustandes in hohem Maasse vorhanden; viel zu kurze Curen, unmässiges Trinken, Rauchen, Schreien etc. brachten es dahin, dass sich im Kehlkopf an Stelle der Syphilome die malignen Tumoren entwickelten.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 2.)

- Hofrath Neumann demonstriert einen Pat. mit **paroxysmaler Haemoglobinurie**. Pat., 28 Jahre alt, stand vor mehr als 4 Jahren mit recenter S. in Behandlung des Autors. Seitdem traten Recidive in Form von Schleimhautpapeln im Munde auf. Derzeit sind ausser Scleradinitis universalis keine weiteren Symptome von S. nachweisbar. Vor ca. 1 Jahr wurde zum 1. Mal unter Fiebererscheinungen braunroth verfärbter Harn entleert. Die Anfälle wiederholten sich alle 4—6 Wochen. Seit 6 Monaten erscheinen sie häufiger und namentlich seit December vorigen Jahres traten sie jeden 2.—3. Tag auf, und zwar in gesteigerter Intensität. Am 11. Februar wurde Pat. unter heftigen Fiebererscheinungen in die Klinik aufgenommen. Der frisch entleerte Harn war braunroth verfärbt. Die Heller'sche Blutprobe (Erwärmen mit Kalilauge) ergab Haemoglobin in demselben. Weiter war Eiweiss vorhanden; Blutkörperchen nicht nachweisbar. Die Fieberanfälle wiederholten sich unter gleichen Erscheinungen am 20. und 21. Februar, doch ohne abnormen Harn. Am 27. Februar bekam Pat. einen heftigen Fieberanfall (40,6°). In dem braunrothen Harn wurde chemisch Blutfarbstoff, bei spectroscopischer Untersuchung Oxyhaemoglobin und deutlich Methaemoglobin sowie andere Derivate des Oxyhaemoglobins nachgewiesen, ausserdem Spuren von Eiweiss gleichwie hyaline und granulirte Cylinder, jedoch keine Blutkörperchen. Die Untersuchung zeigte

Zeichen von Haemoglobinaemie, Haemoglobinklumpchen, im Plasma blasse, rothe Blutkörperchen. Im frischen Blute unter dem Mikroskop zeigten schon nach wenigen Secunden die kurz vorher rothen Blutkörperchen ein ganz blasses Aussehen, indem dieselben während der Beobachtung abblassten, weil das Haemoglobin aus den Blutkörperchen allmählig entwich und ins Plasma diffundirte. Am 10. März neuer Anfall, ebenso am 14. März mit ähnlichen Symptomen, wobei Milz und Leber vergrößert waren. Am 21. und 22. März heftige Anfälle; Urin dunkel, chemische Untersuchung ergab Eiweiss, Haemoglobin, wenig granulirte und hyaline Cylinder. Also ein Fall, wo sich das Haemoglobin vom Stroma der rothen Blutkörperchen trennt und frei im Plasma schwimmt. Der jeweilige Anfall tritt plötzlich auf, mit Schüttelfrost, gewöhnlich nach einem Aufenthalte in kalter Temperatur und zwar nicht sofort, sondern nach 12—14 Stunden. Der Kranke hat dabei Schmerzen in den Gliedern, seine Hautfarbe ist aschgrau, welcher Zustand 3—4 Stunden dauert, worauf wieder normaler Harn gelassen wird und subjectives Wohlbefinden sich einstellt. Im allgemeinen werden als Ursachen der paroxysmalen Haemoglobinurie angegeben:

1. Einwirkung hoher oder niedriger Temperatur, Verbrennung, Gifte (Kal. chloric.), Malaria.
2. Lang dauernde Syphilis, wo eine leichte Erkältung hinreicht Haemoglobinurie zu erzeugen (wie in obigem Falle).

Chvodek führt den Zustand auf eine abnorme Contractionsfähigkeit der peripheren Gefässe zurück, wodurch Hyperämie in den inneren Organen erzeugt wird und die abnorme Contraction durch erhöhte Erregbarkeit in den vasomotorischen Nerven bedingt ist. Frank sah mit Cystoskop bei einem Falle blutig gefärbten Urin während des Anfalles aus beiden Ureterenmündungen in die intacte Blase spritzen. Steiner beobachtete in einem Falle nur Nachts Anfälle. Senator hält die Affection für gar nicht selten; wo S. Ursache, antiluetische Behandlung; Chinin ohne Erfolg. Mankiewicz sah bei einem Schulkinde Anfälle, sobald es in den Pausen an die Kälte kam. Der genetische Zusammenhang



mit S. ist noch nicht lange eruiert; die Erfolge einer antisypilitischen Therapie wurden bereits verschiedentlich nachgewiesen. In einem Fall (Schumacher) schon 1½ Jahre post infect. Haemoglobinurie. In einem Falle (Renzi) Quecksilber von Nutzen, obwohl S. nicht nachweisbar.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 24. März 1899. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)

- Nach Dr. Hochsinger kann **Tetanie bei Säuglingen infolge von S. congenitalis** auftreten und durch Quecksilber zum Verschwinden gebracht werden. Autor hat 2 derartige Fälle gesehen.

(Wiener dermatolog. Gesellschaft, 25. Jan. 1899. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 11.)

- **Syphilitische Reinfektion bei einem Arzte** beobachtete Oustiroff. Pat. bekam 1890 einen harten Schanker, zu dem sich bald secundäre Erscheinungen und im Jahre darauf sogar tertiäre (ulcerirendes Gumma einer Tonsille) hinzugesellten. 1898, nach einem verächtigen Coitus, wieder Ulcus durum, dem bald ein papulöses Exanthem folgte.

(Annales de dermat. et de syph. 1899 No. 2. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 15.)

- Einen **Urethrschanker mit sehr ungewöhnlichem Sitz**, nämlich weit in der Harnröhre drin, fast in der Gegend des Bulbus, beobachtete Dr. S. Prissmann (Libau). Der Pat. laborirte seit längerer Zeit an einer chron. Gonorrhö, die von verschiedener Seite mit Instillationen, Metallsonden etc. bearbeitet wurde. Ohne wochenlang einen Coitus ausgeführt zu haben, fühlte der Kranke etwa in der Mitte seines Gliedes eine auffallende, immer mehr zunehmende Härte, wobei der Urethralausfluss wieder reichlicher wurde. Autor konnte ebenfalls diese „Härte“ constatiren, ausserdem in beiden Inguinalgegenden indolente Bubonen, das Uriniren etwas erschwert. Der schwach gonokokkenhaltige Ausfluss zuweilen von eigenthümlichem, fast fleischwasserähnlichem Aussehen. Bei expectativer Behandlung (nur local Hg-Pflaster) bald Auftreten einer intensiven Roseola, welche die Diagnose sicherte. Es konnte sich nur um instrumentelle Infection (per Sonde) handeln.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1899 No. 12.)

**Typhus abdominalis. Cerebrale Hemiplegie und**

**Aphasie** nach T. beobachtete A. Danzig. Der unter den Erscheinungen eines Meningotyphus erkrankte 17jähr. Pat. erlitt am Ende der 2. Woche einen apoplektischen Insult mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie. Genesung. Nach 8 Monaten hatten sich an der oberen Extremität Contracturen gebildet, der Gang war der eines Hemiplegikers, die Sprache kehrte nur unvollkommen zurück, ataktische Aphasie blieb zum Theil bestehen. Autor nimmt einen thrombotischen Vorgang im Gehirn an.

(Eshenedelnik 1898. —

Revue der russischen medic. Zeitschriften 1899 No. 2.)

— B. Linkimowitsch theilt **2 bemerkenswerthe Fälle** mit:

Eine 53jährige Frau machte zur Zeit einer Typhus-epidemie 6 sich an einen T. anschliessende Recidive durch, welche durch verschiedene lange fieberfreie Intervalle von einander getrennt waren. Die Krankheitsdauer betrug über 7 Monate. Bei jedem Recidiv liessen sich Milztumor und Leberhypertrophie nachweisen. Malaria war auszuschliessen. — Fall 2 betraf ein 15jähr. Mädchen, das am Ende der 2. Woche eines T. eine ausserordentlich heftige Darmblutung bekam, in wenigen Stunden 6–7 Biergläser reinen Blutes bei Temperaturabfall von 40° auf 35,5° verlor. Wein, Opium und Coffein in Suppositorien, Ergotin subcutan. Genesung. (Ibidem.)

— **Echte Typhusbacillen im Urin einer seit 3 Jahren an Cystitis leidenden Frau** fand Honston.

Das Blutserum besass stark agglutinirende Eigenschaften und doch hatte Pat. nie T. oder eine daran erinnernde Krankheit durchgemacht. Es scheint also, dass die Widal'sche Reaction auch positiv sein kann, wenn gar keine Allgemeininfektion mit dem Eberth'schen Bacillus stattgefunden hat. Bisher ist noch kein Fall bekannt, wo der Typhusbacillus eine Cystitis erzeugt hätte; im Urin ist er bei T. mehrfach nachgewiesen worden.

(British med. Journ. 1899 No. 6d. —

Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)

**Urticaria.** Ueber eine anscheinend erbliche U. berichtet Pudor (Portland). Eine 24jährige Dame litt seit ihrer Kindheit an „Nesselfieber.“ Dieses stellte sich gewöhnlich im Herbst ein und dauerte 3 Monate. Von den charakteristischen Flecken veränderten sich einige in kleine Bläschen und bildeten Krusten, ehe sie abheilten. Jene machten mehr Brennen und Jucken und verfolgten einen bestimmten Weg, indem sie an dem einen Arm, derselben Seite und dem Bein hinab und in umgekehrter Reihenfolge hinauf zu den Armen zogen; die der Luft ausgesetzten Körpertheile blieben stets frei. Die Mutter der Pat. hatte ihr ganzes Leben lang ebenfalls an U. gelitten, 3 Schwestern und 1 Bruder waren auch damit behaftet; die eine Schwester hatte 2 Kinder, einen Knaben und ein Mädchen, 4 resp. 8 Jahre alt und beide leiden fast permanent gleichfalls daran. (Dermatolog. Centralblatt 1899 No. 5.)

— **Chronische U. des Larynx** beobachtete Freudentha (New-York) bei einem 59jährigen Kaufmann, der jedesmal zugleich mit der U. der Haut auch Beschwerden im Hals bekam, wobei objectiv diffuse Röthung der Epiglottis und ödematöse Schwellung eines Theiles derselben zu constatiren waren. (Archiv f. Laryngologie Bd. 9 Heft 2.)

— **U. der Uvula** sah Hinsdale. Pat., ein etwa 25jähr., mit über den ganzen Körper ausgebreiteter U. behafteter Mann bekam Erstickungsanfälle. Der Larynx war intact, auf der Uvula aber war U. zu constatiren, die bei Cocaininhalationen und Abführmitteln rasch abheilte. (Revue hebdom. de laryng. et d'otologie 1898 No. 47.— Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 2.)





## Vermischtes.

- Die Haarnadel als ärztliches Instrument kann man sich vielfach zu Nutzen machen, wenn man improvisiren muss. Nach Dr. Ebersson (Tarnów) ist sie eine ausgezeichnete Sicherheitsnadel zur Befestigung von Verbänden, Umschlägen (z. B. Kreuzbinden); man braucht nur die spitzen Enden umzubiegen und sie sitzt fest. Man kann sie, d. h. die am abgerundeten Ende der Fläche nach leicht oder stark gekrümmte (desinfectirt!) Nadel auch sehr gut zur Extraction von Fremdkörpern (Nase, Ohr, Vagina, Harnröhre etc.) benützen, ebenso zu Auskratzen (von zu üppig granulirenden oder stark belegten Wunden!). Die aufgebogene Nadel ist gut als Sonde, zur Prüfung des Tastsinnes, zum Sondiren von Wunden und Fisteln, zum Lapisiren der letzteren (durch Aufschmelzen von Agent. nitr.), auch zur Behandlung der Thränensackeiterung (absolut glatte, verschieden starke und entsprechend gekrümmte!). Im Nothfalle (Tracheotomie) kann man aus ihr spitze Häkchen machen (zum Auseinanderziehen der Wunden). Auch bei Blutungen aus offenen Gefässen leistet sie im Nothfall grosse Dienste; man fasst mit der Nadel zwischen ihre Branchen das Gefäss oder den blutenden Stumpf und wickelt sie der Fläche nach ein, wodurch der blutende Locus stark eingezwängt wird; bis zur definitiven Unterbindung kann sie sich selbst überlassen werden, da sie zusammengerollt diese Position lange einhält. Schliesslich dient die Nadel im Nothfalle als Lidöffner (man nimmt 2 elastische, ganz neue Nadeln und legt sie zusammen auf die freien Lidränder; durch ihre Elasticität drängen die Branchen der Nadeln die letzteren auseinander; jedenfalls genügend für Inspection, Extraction von Fremdkörpern etc.) und, glühend gemacht, zum Ausbrennen von Hornhautgeschwürrändern (unter Cocain ganz schmerzlos!).

(Aerztl. Polytechnik. 1899 No. 1.)



— Einen **Fall von Hydrops genu intermittens** stellte Dr. A. Bum vor, einen 37 jährigen, neurasthenische Stigmen (Rückenschmerz, Ejaculatio praecox) zeigenden Mann. Seit 7 Jahren erfolgt in Intervallen von 8 Tagen ein Erguss ins rechte Kniegelenk, dasselbe im Verlaufe von 8 Tagen prall füllend und in derselben Zeit absinkend. Die Resorption der Flüssigkeit findet ohne Residuen statt; nach Ablauf eines Anfalls ist das Gelenk ungemein flüssigkeitsarm, knarrt. Autor giebt jetzt Sol. arsen. Fowl., nachdem Localtherapie (von anderer Seite) fruchtlos geblieben. — Doc. Dr. H. Schlesinger berichtet im Anschluss daran über einschlägige Fälle. Der eine betrifft einen Advocaten, der seit 6 Jahren an Hydrops intermittens des Kniegelenks jedes 2. Jahr während der Monate November bis Ende März leidet, während er die übrige Zeit vollkommen gesund ist. Der Anfall dauert regelmässig 3 Tage; von einer Akme bis zur nächsten ist ein Intervall von 10 Tagen; im Beginne des Anfalls stellt sich ein Harnzwang ein, sodass Pat. jede Viertelstunde uriniren muss und die Menge des in den ersten 12 Stunden entleerten Urins das 1 $\frac{1}{4}$ fache der gewöhnlichen Tagesmenge beträgt. Die Körpertemperatur ist während der Anfälle nicht erhöht, die Schwellung ist sehr schmerzhaft und sehr bedeutend, bildet sich aber in der anfallsfreien Zeit fast vollständig zurück. Ferner stellt sich an dem Oberschenkel der Seite, an welchem die Gelenkschwellung sich entwickelt, eine fortschreitende Abmagerung ein, welche im November beginnt, ihr Maximum im März erreicht und in der anfallsfreien Zeit wieder verschwindet. Es handelt sich vielleicht um eine Muskelatrophie, wie sie sich bei Gelenkerkrankungen oft entwickelt. Pat. bietet keinerlei hysterische, neurasthenische oder sonst nervöse Symptome, die Untersuchung des Harns ergiebt nichts Abnormes, Wechselfieber hat Pat. nie gehabt. Jede interne und locale Medication bisher erfolglos. Solche Affectionen können natürlich sehr leicht zu Fehldiagnosen Anlass geben. Es können Eiterherde und entzündliche Affectionen in der Nähe des Gelenks eine intermittirende Schwellung des letzteren

hervorrufen, deren Intermittenz sogar Jahre lang andauern kann. Auch über einen solchen Fall, ein junges Mädchen, verfügt Autor, bei dem sich alle 18–20 Tage diese Schwellung einstellt. Man muss sich, um solche Veränderungen an den Knochen zu entdecken, stets der Röntgen-Untersuchung bedienen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 5. —  
Wiener medic. Club, 18. Jan. 1899.)

— **Heroin** (Diessigsäureester des Morphins) versuchte Dr. B. Turnauer (Wien, allgem. Krankenhaus) in Pulverform (8 Mal täglich 0,005), bisweilen auch in Tropfenform (Heroin 0,05: Aq. lauroc. 15,0 1–2 Mal im Laufe der Nacht je 15–20 Tropfen), einige Male auch zur subcutanen Injectionen in 1%iger Lösung, 3–4 Theilstriche (zur Lösung des Heroins bedarf es einiger Tropfen Essigsäure). Hauptsächlich wurde das Mittel bei Phthisis, acuter und chron. Bronchitis (letztere besonders bei Emphysem und Dyspnoë aller Art angewandt (und zwar meist als Pulver). Es fing in der Regel nach 10–30 Minuten zu wirken an. Zunächst wurde der Hustenreiz herabgesetzt und meist vollständig zum Verschwinden gebracht, dann stellte sich Mattigkeit, oft Schlafsucht ein, die unter Umständen zum Schlafe führte. Dieser günstige Zustand dauerte meist über 2 Stunden an. In allen Fällen, wo Athemnoth durch den Hustenreiz hervorgerufen wird oder mit demselben Hand in Hand geht, ferner dort, wo die Athemnoth durch eine mangelhafte Luftventilation hervorgerufen wird (Phthise, Emphysem), wird auch die subjective Dyspnoë bedeutend verringert. Bei subcutaner Anwendung trat die Wirkung noch rascher ein. Eine Angewöhnung an das Mittel trat fast stets ein, wenn das Mittel längere Zeit über gereicht wurde, doch nie unangenehme Nebenwirkungen, nie Abstinenzerscheinungen und wenn einige Zeit ausgesetzt wurde, wieder mit kleineren Dosen volle Wirkung. Primararzt Dr. Paltheilte dem Autor mit, dass er bei einer älteren, an Arteriosklerose leidenden Dame, die Codein (0,02–0,03) gut vertrug, nach 0,005 Heroin einen rauschartigen Zustand nebst leichten Collapserrscheinungen eintreten sah, welche Symptome sich

sofort wieder einstellten, als nach 24 Stunden nochmals die gleiche Dosis gegeben wurde. Also es giebt Individuen, die auch Heroin nicht reactionslos ertragen und dürfte es sich, besonders bei älteren und schwächlicheren Pat., empfehlen, zunächst nicht über 0,005 hinauszugehen.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 12.)

- Ueber **Heroin** und seinen therapeutischen Werth macht auch Prof. Dr. Leo (Bonn) Mittheilung. Nach Dreser zeigt ja das Präparat eine sehr ausgeprägte Wirkung auf den Respirationsapparat: Die Zahl der Athemzüge wird deutlich herabgesetzt, zugleich tritt eine unverkennbare Verlängerung der Inspirationsdauer ein, wobei das Volumen der eingeathmeten Luft vergrößert wird; der Ventilations-effect des einzelnen Athemzuges wird also durch das Heroin erhöht (ausserdem constatirte Dreser noch, dass der Sauerstoffconsum und die Kohlensäureproduction deutlich herabgesetzt werden). Mit der Dosis von 0,01 machte Leo in 2 Fällen üble Erfahrungen: es stellten sich Uebelkeit, Schwindel, 1 Mal sogar ein Ohnmachtsanfall ein, sodass Leo nie mehr als 0,005 pro Dosi nehmen liess (2—3 Mal täglich als Pulver), wobei Nebenerscheinungen ausblieben (ausser etwas Uebelkeit und Benommenheit des Kopfes). Die narkotisirende Wirkung des Heroins ist viel geringer als die des Morphins und Codeins: in mehreren Fällen von Ischias, Trigemineuralgie, Pleuritis, Cardialgie, Ulcus ventriculi, Rheumatismus wurden die Schmerzen wenig oder gar nicht herabgesetzt. Aber auch bei dem Reizhusten (acute Laryngitis, Bronchitis, Phthisis) zeigte sich nicht besonders eclatanter Effect, während verschiedene Formen von Dyspnoë ausserordentlich günstig beeinflusst wurden. Wie Digitalis auf die Thätigkeit des Herzens wirkt, eine bessere Ausnützung der insufficenten Herzarbeit durch Verlangsamung der Pulsationen und gleichzeitige Steigerung der Herzkraft herbeiführend, so zeigte Heroin einen regulirenden und kräftigenden Einfluss auf die insufficente Lungenthätigkeit und zwar bei 2 Fällen von urämischer Dyspnoë, 8 Fällen von Emphysem, 15 Fällen von chron. Bronchitis und 5 Fällen von Asthma bronchiale. Bei mehreren Wirkung geradezu



zauberhaft, indem die Athemnoth sich schon nach 1—2 Pulvern vollständig verlor, der Husten leichter wurde, die Pat., die bis dahin gar nicht oder nur sitzend schlafen konnten, jetzt die Nacht durch liegend schliefen. Wenn das Mittel bei Emphysem und den meisten Fällen von chron. Bronchitis fortgelassen wurde, so stellten sich freilich meist die Beschwerden wieder ein, doch dauerte es in mehreren Fällen 8—14 Tage lang, ehe die Pat. nach längerem Gebrauch des Heroins wieder von Dyspnoë geplagt wurden (in 1 Falle von Asthma hielt die Besserung sogar solange an, dass man fast von Heilung sprechen kann). Um auch die öfters erschwerte Expectoration zu heben, verband Autor Heroin mit Jodkalium und diese Combination wirkte oft äusserst günstig. Leo betrachtet bereits jetzt Heroin als specifisches Mittel bei den mit Dyspnoë einhergehenden Erkrankungen der Bronchien und bei Emphysem und glaubt, dass es event. sogar zur Heilung solcher Affectionen führen kann, was nach Dreser ja verständlich erscheint; denn es ist wahrscheinlich, dass durch die bessere Ventilation der Lunge auch die katarrhalische Bronchialschleimhaut günstig beeinflusst wird, zumal wenn gleichzeitig Mittel angewandt werden, welche in diesem Sinne unterstützend wirken. „Jedenfalls darf man schon jetzt mit Sicherheit die Erwartung aussprechen, dass das Heroin sich dauernd als werthvolles Medicament gegenüber den mit Dyspnoë einhergehenden Krankheiten behaupten wird.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 12.)

- **Subcutane Injectionen von Heroin muriat.** empfiehlt Prof. A. Eulenburg (Berlin). Bei der Bedeutung, die dem Heroin offenbar zukommt und von der sich auch Autor durch vielfache innere Anwendung (in Pulverform) überzeugte, musste es freudig begrüsst werden, dass von den Elberfelder Farbwerken neuerdings dies leichtlösliche, also ebenso zur inneren wie subcutanen Anwendung geeignete Präparat hergestellt wurde. Autor stellt seit 2 Monaten Versuche damit an, eine 2%ige Lösung benützend und pro Dosi 0,005—0,01 applicirend. In 2 Fällen, wo er über diese Dosis hinausging, hat er der Morphinwirkung einigermaassen ähnliche



Nebenerscheinungen gesehen: Bei einem an Morphinum sehr gewöhnten Manne, wo er 1 Spritze (= 0,12 Heroin) injicirte, nach 10 Minuten Uebelkeit, Unbehagen, Schwindel, Abspannung, grosse Müdigkeit, mehrstündiger Schlaf und bei einer schwächlichen und anämischen Frau, wo wegen Ischias 0,012 injicirt wurde, nach 5 Minuten Schwindel, Uebelkeit, mehrmaliges Erbrechen, dann ein Zustand allgemeiner Mattigkeit und Schwäche für einige Stunden. Sonstige Nachtheile traten bei Anwendung des Mittels in obigen Dosen nicht ein. Die Linderung des Hustenreizes, die antiasthmatische und antidyspnoische Wirkung kamen bei subcutaner Anwendung rascher und intensiver zur Geltung als sonst und auch die narkotische war bei dieser Anwendungsweise ganz zufriedenstellend: bei Trigeminusneuralgie, Intercostalneuralgie, Ischias, Rheumatismen etc. war die Wirkung die gleiche, wie bei etwas höheren Morphinum-dosen. Einen besonderen Werth besitzt das Heroin für Pat., die an subcutane Morphinum-einverleibung gewöhnt sind. Autor hat bei 2 Pat., die in leichterem Grade Morphinisten waren (Tagesdosen von 0,03 resp. 0,025 auf 4—5 Injectionen) und das Morphinum nicht entbehren konnten, dieses leicht ersetzen können durch Heroin.

(Ibidem.)

— **Sanguinal Krewel** hat Dr. Bandelier (Augusta-Victoria-Heim, Eberswalde) seit 1 Jahr in einer Reihe von Fällen, besonders leichter und schwerer Verdauungsstörung, Anaemie, Chlorose, Reconvalescenz nach schweren Erkrankungen, schlechten Ernährungszuständen, Nervosität, Hysterie, bei Phthisis incipiens (hier zusammen mit Kreosot, was gut vertragen wurde) bei anämischer Dyspepsie u.s.w. angewendet. Stets regte das Mittel, ohne Nebenwirkungen zu äussern, deutlich den Appetit an, hob das Allgemeinbefinden, vermehrte den Haemoglobingehalt des Blutes, sodass Autor den Eindruck gewann, dass Sanguinal Krewel ein Eisenpräparat von wirklichem, anderen ähnlichen Präparaten überlegenem Werth ist.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 3.)

## Bücherschau.

---

— Von den bei Joh. Ambr. Barth (Leipzig) erscheinenden **Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuro-pathologie** von Krafft-Ebing liegt jetzt Heft 3 vor (Preis: M. 4.50), enthaltend 10 Aufsätze, welche sämtlich geeignet sind, grosses Interesse zu erwecken. Hervorragend ist die Bearbeitung des Themas: „Ueber Dämmer- und Traumzustände“, welche in 3 Artikeln geschieht, ferner die Capitel: „Epileptische Psychosen“, „Ueber typische Delirien bei Epileptikern.“ Aber auch die anderen Capitel sind sehr lesenswerth und zwar nicht für den Nervenarzt allein, sondern auch für den Praktiker, da sie sämtlich Stoffen gewidmet sind, welche für die tägliche Praxis von nicht geringer Bedeutung sind. — Das Gleiche gilt von dem Werke „**Neurologische Beiträge**“ von P. J. Möbius, das ebenfalls bei Barth erscheint und dessen 5. Heft die Presse verlassen hat. „Vermischte Aufsätze“ heisst das Heft und in der That bringt der bekannte, an Erfahrungen reiche Nervenarzt hier eine bunte Reihe von Thematzen zur Besprechung, die aber alle interessant und lehrreich sind. Wir nennen z. B. „Ueber Akromegalie“, „Ueber die Ursachen der Krankheiten“, „Ueber den Kampf gegen den Alkoholis-mus“, „Ueber das Rauchen“, „Ueber Errichtung von Nervenheil-stätten“ etc. Das Buch mit seinem geistreichen, anregenden Inhalt wird sicher Verbreitung finden. (Preis M. 4.)

— Von Prof. O. Haab's **Skizzenbuch zur Einzeichnung von Augenspiegelbildern** ist die 2. Auflage erschienen (J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 3.—). Die 30 beiliegenden losen Blätter zum Einzeichnen des Augenspiegelbefundes präparirt und dazu bestimmt, das rasche Festhalten wichtiger Bilder möglichst einfach und leicht zu machen, erfüllen ihren Zweck recht gut und haben, wie das Vergriffensein der 1. Auflage beweist, ihren Weg in die Praxis gefunden.

---



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 10.

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Juli*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Alopecia.** Endemisches Auftreten der *A. areata* beobachtete Dr. L. Ehrenhaft (Wien) in einem Kinderasyl vor etwa 10 Jahren. Es waren gleichzeitig 16—18 Kinder im Alter von 8—14 Jahren daran erkrankt und zwar alles Knaben, während die Mädchen verschont blieben. Fleissige Einreibungen mit Spirit. saponat. brachten die Massenerkrankung nach Verlauf von 3—4 Monaten zum Schwinden und kam seit dieser Zeit kein neuer Fall im Asyl vor. Vor etwa 3 Monaten nun wurde darin wieder ein Knabe von dem Leiden heimgesucht; bei dem gewöhnlichen therapeutischen Verfahren trat bald Besserung ein. Als nun Autor vor 14 Tagen den übrigen Institutskindern die Haare kürzen liess, da zeigte sich bei der Untersuchung, dass unter den 15 Knaben und

20 Mädchen des Instituts die A. rasch um sich gegriffen hatte und gleichzeitig 15 Knaben und 2 Mädchen daran litten. Die Kinder bewohnen bei getrennten Geschlechtern gemeinsame Schlafsäle, benützensgemeinschaftlich Kämme, Bürsten, die Knaben verwechseln auch oft noch ihre Kappen. Da nun die erkrankten Kinder die öffentliche Volksschule besuchen und unter anderen Schulkindern sitzen, untersuchte Autor auch letztere und fand hier auch 10 Knaben mit A. behaftet. — Angesichts dieser Thatsachen hält Autor die parasitäre Natur der A. areata für erwiesen und sieht das Leiden als Infektionskrankheit an.

(Klinisch. therap. Wochenschrift 1899 No. 12.)

### **Blutungen. Weitere Versuche mit Stypticin bei B. aus**

dem weiblichen Genitale hat Nassauer angestellt und dieselben bestätigten durchaus das günstige Urtheil, das er früher über das Präparat gefällt. Er unterzog jetzt freilich nur Fälle dieser Behandlung, von denen er sich nach den früher gemachten Erfahrungen Erfolg versprechen durfte. Das Mittel wirkt nicht, wie Ergotin, Contractionen erregend auf die Musculatur des Uterus, sondern auf die Vasomotoren des Genitaltractus; es ist überall dort, wo — grob ausgedrückt — eine zu straffe Spannung und Contraction besteht und dadurch B. bedingt sind, wirksam und ist so gewissermaassen Antagonist des Ergotins. Besonders wirksam ist es bei allen B., denen eine grobe Veränderung der Uterusschleimhaut zu Grunde liegt. Bei Endometritis fungosa wirkt es daher erst nach der Abrasio, ebenso bei B. post abortum et post partum erst nach Entfernung der Eireste. Bei Myomen ist es nur dann wirksam, wenn die Schleimhaut intact ist, mindert aber auffallend die Beschwerden bei der Periode Myomkranker oder hebt sie ganz auf. Als spezifisches Mittel darf es bei durch Adnextumoren, Entzündungen in der Umgebung des Uterus etc. verursachten B. gelten, sowie bei den anderen, als congestiva zu betrachtenden B., den B. von Virgines, bei Chlorose, Phthise, im Cli-



macterium. Seine Einwirkung auf die Vasomotoren bedingt, dass es auch die dysmenorrhoeischen Beschwerden sehr günstig beeinflusst in Bezug auf B. und Schmerzen. Man wendet es in Tablettenform an (8 Stück des 0,05 Stypticin enthaltenden Merck'schen Präparats pro die, jede 2 Stunden 2 Tabletten), oder wo rascher Effect erwünscht ist, subcutan: tiefe Injectionen in die Glutäen, jedes Mal 2 Spritzen einer 10%igen Lösung (= 0,2 Stypticin pro Dosi); die Injectionen verursachen sehr wenig Schmerz (grösseren nur, wenn in der Nähe der Sitzknorren injicirt wird) und später gar keine Beschwerden (die Lösung ist gut haltbar!).

(Gesellschaft f. Gynäkologie u. Geburtshilfe zu München, 6. Febr. 1899. — Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 18.)

- Ueber einen Fall von acuter Pankreashaemorrhagie berichtet Dr. O. Fischer (Ulm): 51jähr. Frau, früher stets gesund, consultirte ihn zum 1. Mal am 1. Sept. v. J., angebend, dass sie etwa 3 Wochen zuvor einen schweren Ohnmachtsanfall gehabt habe, dass seitdem leichte Anwandlungen hiervon sich wiederholt hätten; ausserdem klagte sie über Herzklopfen. Objectiv: Mässige Fettleibigkeit, leichte Anaemie, sonst nichts. Diätvorschriften, Eisen. In den folgenden 3 Wochen kam Pat. noch einige Male, der Zustand besserte sich, Ohnmachten waren nicht mehr aufgetreten, Pat. hielt sich für gesund. Am 22. Nov. 9 Uhr Vormittags plötzlich schwere Ohnmacht; als Pat. gerade frühstückte, wurde sie leichenblass, der Löffel entfiel ihrer Hand, sie sank in den Stuhl zurück mit gläsernen Augen; nach einigen Minuten wieder zu sich kommend, rang sie nach Luft, machte einige Abwehrbewegungen und erbrach bald darauf. Als Autor  $\frac{1}{2}$  Stunde später kam, lag sie zu Bett, war blass, völlig bei Bewusstsein, machte durchaus keinen schwerkranken Eindruck, klagte nur über Abgeschlagenheit; objectiv kein Befund, Puls nur 30 Schläge pro Minute, dabei aber kräftig und regelmässig; Bettruhe, Analeptica. Nachmittags  $\frac{1}{2}$ , 3 Wiederholung des Anfalls, abermals unter Erbrechen; Pat. erholte sich aber rasch. Abends  $\frac{1}{2}$ , 7 Uhr Exitus im Anfall. — Um eine exacte Diagnose konnte es sich bei der Dürftigkeit der Symptome nicht handeln. Man konnte höchstens an Berst-

ung eines kleinen Aneurysmas in der Medulla oblongata und Reizung des N. vagus denken, worauf die Pulsverlangsamung und auch das Erbrechen hätte bezogen werden können; die rasche Erholung nach dem Anfall wäre aber schwer zu erklären gewesen, das Aneurysma hätte langsam, in Schüben geplatzt sein müssen. Man konnte ferner denken an eine Thrombose der Coronararterien bei Arteriosklerose; hier beobachtet man plötzlich Sinken der Pulsfrequenz, der Puls ist aber klein, auch tritt längerer Collaps ein (auch bestand ja hier sonst kein Zeichen für Arteriosklerose!). Die Obduction ergab nun hauptsächlich eine ausgedehnte Pankreas- und peripankreatische Haemorrhagie; Pankreas, von rothbrauner Farbe, etwas verdickt, auf dem Längsschnitt präsentirte sich eine grosse Haemorrhagie von dunkelbraunrothem Aussehen, welche den ganzen Schwanztheil einnahm, der Körper zeigte noch am meisten anscheinend normales Gewebe, eine weitere hämorrhagische Stelle fand sich im Kopf, von diesem etwa die Hälfte einnehmend; die nähere Prüfung ergab auch ausgedehnte Nekrose. Die acute Pankreasblutung ist ausserordentlich selten. Immerhin kommen ab und zu plötzliche Todesfälle vor, bei der Section findet man nichts, als eine ausgedehnte Blutung im Gewebe des Pankreas selbst und in seiner Umgebung, besonders im retroperitonealen Gewebe. Am häufigsten kommt dies bei Fettleibigen vor, dann bei Potatoren und Syphilitischen, aber auch bei ganz Gesunden, namentlich Männern. Der plötzliche Eintritt des Todes kann nicht erklärt werden mit der Blutung allein, die zu geringfügig ist; schon Zenker wies darauf hin, dass die Blutung reflectorisch acute Herzlähmung herbeiführt durch Läsion der um das Pankreas herumliegenden sympathischen Nervenplexen, des Plexus solaris und der Ganglia semilunaria. Man kann aber auch annehmen, dass durch das infolge der Haemorrhagie rasch anschwellende Pankreas das Ganglion semilunare und der Plexus solaris gereizt, dadurch eine reflectorische Störung der Herzbewegung und hiedurch der Tod veranlasst wird. Schon Zenker hat aber auch auf die Analogie mit dem Goltz'schen Klopfversuch hingewiesen; diese Hypothese dürfte bei obigem Falle zutreffen: durch Beklopfung des Bauches tritt eine Reizung der sensiblen Nerven der Bauchlein-

geweide und damit eine herzhemmende Wirkung ein, wie bei directer Reizung des Splanchnicus. Goltz fand dabei constant Erweiterung und Ueberfüllung sämtlicher Unterleibsgefäße und bei obiger Pat. fanden sich nun auch die Dünndarmschlingen dunkelblauroth gefärbt, Milz und Nieren sehr blutreich! Ferner fand sich hier, wie auch öfter schon, Nekrose des Pankreas, vor der es aber nicht entschieden ist, ob sie das Primäre ist oder die Blutung. Der Verlauf war im obigen Falle ein von dem gewöhnlichen Bilde abweichender. Nach Leichtenstern rafft die Pankreashaemorrhagie bald ganz plötzlich, bald binnen wenigen Stunden oder Tagen unter schwersten Collapserscheinungen (Facies cholericæ, heftige Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen, Anaemie, Hypothermie) den bis dahin völlig gesunden Menschen dahin. Bei obiger Pat. werden wohl die Ohnmachten schon 3 Monate vor dem Tode durch kleine Pankreasblutungen veranlasst gewesen sein, aber auch vor dem Tode war hier von Facies cholericæ keine Rede, die das Aussehen einer Leichtkranken bietende Pat. hatte zwar Erbrechen und Anaemie, aber keine Magenschmerzen. Liebermeister meint: „Es ist wahrscheinlich, dass solche Haemorrhagie auch vorkommen kann, ohne nothwendig zum Tode zu führen. Man wird an Haemorrhagie denken müssen in gewissen Fällen, in welchen plötzlich ein äusserst heftiger Schmerz in der Tiefe des Epigastrium auftritt mit schweren und lange anhaltenden Collapserscheinungen, vielleicht auch später etwas Blut mit dem Stuhlgang abgeht und ein längeres Siechthum sich anschliesst, während andere Ursachen, wie einfache Neuralgia coeliaca, Perforation oder Geschwür des Magens oder Darmes, Erkrankung der Leber oder der Gallenwege, der Nieren oder Ureteren, ausgeschlossen werden können.“ Liebermeister hat freilich wohl mehr chronisch verlaufende Fälle im Auge, immerhin aber bleibt obiger Fall in mehrfacher Beziehung interessant.

(Medicin. Correspondenz-Blatt  
des Württemb. ärztl. Landesvereins 1899 No. 16).

**Combustio.** M. Tschernjachowski hat **Thiolum liquid.** bei C. mit bestem Erfolge angewandt. Das Mittel entspricht allen diesbezüglichen Anforderungen; es wirkt



schmerzlindernd, verhütet die Infection und begünstigt die Regeneration, es macht Binden etc. entbehrlich, indem man ja die Wundfläche, die man vorher abgewaschen, einfach bepinselt und das Thiol dann zu einer festen Schicht eintrocknet, die man nur, wenn sie irgendwo springt, nochmals zu überpinseln braucht. So trocknet die Brandfläche nach 24 bis 48 Stunden vollkommen ein und die weitere Heilung vollzieht sich unter dem Schorfe.

(Wratsch 1898 No. 49. —

Revue der russischen medic. Zeitschriften 1899 No. 2.)

- Dr. Bloch (Zborowitz) empfiehlt **Naftalan** geradezu als Specificum gegen C., da es sich bei allen 3 Graden der Verbrennung ausserordentlich bewährte; es linderte die Schmerzen rasch, oft geradezu zauberhaft und kürzte den Heilungsverlauf stets bedeutend ab.

(Sep.-Abdruck aus: „Die Heilkunde“ 1899.)

**Ekzem.** Dr. Fricke (Universitäts-Hautklinik Breslau) versuchte **Naftalan** besonders bei E. (60 Fälle, darunter 16 acutes E. in allen Stadien, 17 Mal E. des Unterschenkels, 14 Mal Gewerbeekzem der Hände und Vorderarme, 5 Mal seborrhoisches E., 2 Mal Jodoformekzem) und erzielte stets vortreffliche Resultate. „N. ist ein Präparat von milder Wirkung, in der Ekzemtherapie von vorzüglichem, oft geradezu überraschendem Erfolge begleitet. Acute wie chronische Ekzeme werden gleich günstig beeinflusst; kein Stadium und keine Localisation des Leidens bilden für die Naftalantherapie eine Contraindication, höchstens ganz acute, mit den intensivsten entzündlichen Erscheinungen einsetzende Ekzeme ausgenommen.“ Da reines Naftalan manchmal leicht irritierend wirkte, wandte Autor stets eine 50%ige Paste an:

Rp.

*Naftalan. 50,0*

*Zinc. oxyd.*

*Amyl. Tritic. aa 25,0*

M. f. past.



Eine wesentliche antiparasitäre Eigenschaft und grössere Tiefenwirkung besitzt Naftalan nach Fricke's Erfahrungen nicht und fielen deshalb Versuche bei durch pflanzliche oder thierische Parasiten hervorgerufenen Hauterkrankungen, wie auch bei hartnäckiger Psoriasis nicht sehr befriedigend aus. Dagegen kann das Präparat (rein oder als Paste) wegen seiner juckstillenden Wirkung bei Urticaria, Prurigo, Pruritus recht gute Dienste leisten. Naftalan wird selbst bei langer und ausgedehnter Anwendung gut vertragen, ist nahezu geruchlos, wirkt auch entzündungswidrig und schmerzstillend, macht keine bleibenden Flecke in der Wäsche (durch Seifenwaschung, eventl. Anfeuchtung mit Petroleum oder Benzin leicht entfernbar), alles Eigenschaften, die die Anwendung des Präparates — nach Fricke's Erfahrungen vorzüglich bei E. — empfehlenswerth erscheinen lassen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 No. 2—3.)

- Eine **Pasta Zinci sulfurata cum Saccharo** wendet Dr. Hodara (Constantinopel) seit einiger Zeit bei nässendem, vesiculösem, borkigem E. an und zeichnet sich dieselbe durch äusserst rasche Wirkung aus.

Rp.

*Zinc. oxyd. 20,0*

*Sulfur. 10,0*

*Sacch. 20,0*

*Lanolin.*

*Vaselin. aa 20,0*

*Glycerin. 10,0.*

Auch bei Intertrigo, bei einigen nässenden, vesiculösen, pustulösen, artificiellen und medicamentösen Hautentzündungen, bei Impetigo vulgaris, Ekthyma, Herpes zoster ist diese Paste zu empfehlen, ferner bei den verschiedenen Formen der Folliculitis und besonders bei Sycoosis subnasalis. Hier muss sie Tag und Nacht in dicker Schicht aufliegen, so zwar, dass die kranken Theile an Lippe und Bart beständig bedeckt sind; erst wenn alle Pusteln völlig eingetrocknet und die Krusten sämmtlich

entfernt sind, wenn also Heilung sich einleitet, streicht man die Paste nur Nachts auf, worauf am Morgen die Theile oberflächlich mit Olivenöl gereinigt werden. Gleichzeitig stets auch Behandlung der Nasenschleimhaut (Bepinselungen mit 1–4 %iger Höllensteinlösung). So hat Autor 8 sehr hartnäckige Fälle, bei denen schon die Epilation vorher erfolglos angewandt worden war, rasch geheilt, ohne zu epiliren (die Höllensteinpinselungen müssen noch lange nach der Heilung fortgesetzt werden!). — In 2 Fällen von Ekzema seborrhoic. generalisat. psoriasiforme bewährte sich folgende Salbe (nach der Einreibung leichte Bedeckung mit Watte und Mullbinde):

Rp.

*Chrysarobin. 1,0–2,0*

*Sulfur. 10,0*

*Sacchar. 20,0*

*Lanolin.*

*Vaselin. aa 30,0*

*Glycerin. 10,0.*

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. 28 No. 9, 1893.)

**Fracturen und Luxationen.** Einen Fall von Fractur beider Vorderarmknochen durch Muskelzug beschreibt Dr. Paffrath (Cleve). Mitte November v. J. kam zu ihm ein Ziegelarbeiter wegen Untersuchung seines am 13. Juli verletzten Armes. An diesem Tage wollte Pat. einen schweren, mit Dachziegeln gefüllten Kasten, der ihm beim Passiren eines Weges der Ziegelei mit einem Schiebkarren am Wege stand, zur Seite rücken, wesshalb er mit beiden Händen unter denselben griff und mit aller Kraft hob; plötzlich spürte er dabei Knacken und gleich darauf heftige Schmerzen im linken Vorderarm, worauf er anfangs wenig Werth legte, ja noch versuchte, seine Arbeit (Ausziehen der Ziegelformen aus den Pressmaschinen) fortzusetzen, was aber nach  $\frac{1}{2}$  Stunde wegen steigender Schmerzen nicht mehr ging. Am anderen Tage ging er zum Kassenarzt. Dieser fand den Arm nur hochgradig geschwollen, keine Contusionen, keine Crepitation; er diagnosticirte Muskelzerreissung und

behandelte mehrere Wochen hydropathisch, worauf der Arm zwar abschwoll, aber bisher noch keine Heilung aufweist. Jetziger Status: 25jähr. Pat., blühend gesund, keine Spuren überstandener Rhachitis, Syphilis, Knochendifformitäten etc. 11  $\frac{1}{2}$  cm. unterhalb des oberen Randes des Olecranon ulnae, 15  $\frac{1}{2}$  cm. oberhalb des Proc. styloid. radii linker Unterarm erheblich verdickt, Umfang 31 cm. (rechts 27 cm.); hier Radius und Ulna bedeutend dicker, bilden bei grösster Supinationsstellung des Unterarms einen stumpfen Winkel mit der Spitze nach aussen. Linker Unterarm verkürzt (1 cm), Supination des Vorderarmes um die Hälfte beschränkt. Finger stehen sämtlich im Mittelgelenk in rechtwinkliger Beugstellung und können nicht gestreckt werden (dieser Zustand schon vor dem Unfälle, herrührend von mehrjähriger Arbeit, dem Ausziehen der Pfannenformen, das beständige Beugstellung der Finger erfordert). Im übrigen Bewegungen sämtlicher Gelenke des linken Armes, insbesondere des Ellbogengelenks, völlig normal. Die Diagnose: Fractur beider Vorderarmknochen und Heilung in Winkelstellung wurde durch Röntgenbild bestätigt.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1899 No. 5.)

- M. Paul Regnier veröffentlicht einen **Fall von Fractur des Humerus im Collum anatomicum**. Es wurde gleich mit dem 1. Tage Massage angewendet und nach 1 Monat war Pat. vollständig geheilt mit völlig frei beweglichem Gelenk. Das aufgenommene Röntgenbild lässt erkennen, dass es sich um einen Gelenkbruch gehandelt hatte, grosser Trochanter und Gelenkfläche waren abgebrochen. 1 Monat später starb Pat. an Cystitis und Pyelonephritis. Das bei der Section gewonnene Präparat des Humerus zeigt vollständige Consolidation der Fracturstelle, trotz der senilen Beschaffenheit der Diaphyse. Dieser Fall bietet also eine werthvolle Stütze für die Ansicht Lucas-Championnière's über die Anwendung der frühzeitigen Massage bei intra-articulären F. Regnier glaubt, dass keine andere Behandlung ein gleich günstiges Resultat ergeben hätte.

(Bulletins et mémoires de la Société de Chir. de Paris XXV No. 7. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 13.)



— Ueber eine „seltene Ellbogenverletzung“ macht Dr. O. Wolff (Kölner Bürgerhospital) Mittheilung. Ein 14jähr. Junge fiel am 7. Januar d. J. aus einer Höhe von  $1\frac{1}{2}$  m herunter und schlug mit dem spitzwinklig gebeugten linken Ellbogen auf eine Holzdiele auf. Unmittelbar nach der Verletzung stand der Arm vollständig gestreckt und konnte activ nicht gebeugt werden. In Chloroformnarkose soll der Arm dann in rechtwinklige Stellung gebracht worden sein; Nachbehandlung in fixirendem Verband. 9 Wochen nach dem Unfall sah Autor den Pat. Linker Arm im Ellbogen rechtwinklig flectirt, Hand in leichter Pronation. Alle Bewegungen — Extension, Flexion, Pro- und Supination — durch vollständige Ankylose activ und passiv aufgehoben. Querer Durchmesser der Condylen links  $\frac{1}{2}$  cm mehr als rechts. Das ganze Gelenk in so derbe, schwartige Massen eingebettet, dass genauere Abtastung unmöglich. Zwar wies der verbreiterte Querdurchmesser des Olecranon auf eine hier stattgehabte Fractur hin, es liess sich aber nicht feststellen, ob ausser der Fractura intracondylica et olecrani noch andere Verletzungen vorlagen. Die leichte Pronationsstellung der Hand in Verbindung mit absoluter Behinderung der Supination musste den Verdacht auf eine hochsitzende, etwa durchs Collum verlaufende Radiusfractur erwecken; den sicheren Nachweis derselben durch Feststellung einer Verbreiterung des Knochens zu führen, war aber bei den eigenthümlichen Verhältnissen unmöglich. Klarheit kam in die Sache, als zum Zweck des Brise-ment forcé die Narkose eingeleitet und der Arm gestreckt wurde. In der Ellbeuge entstand eine Vorwölbung in Form und Grösse der Oberarmcondylen, thatsächlich auch durch dieselben gebildet, wie passive Bewegungen bewiesen. Der Vorderarm hatte also die Trochlea verlassen. Auffallend war nur, dass sich auch jetzt weder die Incisura sigmoidea, noch die Delle des Radiusköpfchens abtasten liess. Erst das Röntgenbild gab die Erklärung: Zunächst sah man die Luxation nach vorn, das Olecranon mehrfach fracturirt, die Fragmente, nach der Incisura sigmoidea hin dislocirt, füllen dieselbe grössten-



theils aus; der Proc. coronoid. abgebrochen und nach vorn verschoben, das Radiusköpfchen winklig abgelenkt; bei genauerem Zusehen endlich noch eine Fractura intracondylica. Also eine sehr complicirte Verletzung: Fractura olecrani, Fractura intracondylica, Luxatio humeri, Fractura proc. coronoid., Fractura colli radii. Primär war sicher durch das Aufschlagen auf die Diele das Olecranon gebrochen; die Gewalt war damit nicht erschöpft, das gebrochene Olecranon wurde nach vorn getrieben und drängte die Humeruscondylen aus ihren Gelenkverbindungen mit Radius und Ulna, wobei alle 3 Knochen zu Schaden kamen (möglich freilich, dass die Fractur im Radiushals durch eine forcirte Rotationsbewegung zustande kam!) Wenn auch eine Combination von Fractur und Luxation in so ausgedehntem Maasse selten ist, so hat die Röntgenphotographie doch gezeigt, dass alle L. weit häufiger mit Absprengung kleinerer oder grösserer Knochenfragmente, mit Fissuren verbunden sind, als man früher glaubte. Eine reine Ellbogenluxation ohne Fractur ist jedenfalls eine Seltenheit!

(Centralblatt f. Chirurgie 1899 No. 18.)

- Zur **Symptomatologie der Schenkelbrüche** macht Dr. C. Linow (Klinik von Geh. Medic.-Rath Dr. v. Reyher, Dresden) wichtige Mittheilungen. Bei Schenkelhalsbruch ist die betreffende Extremität in der Regel sofort gebrauchsunfähig und ist der Verletzte nicht im Stande, sich aufzurichten, oder er fällt beim Versuche wieder hin. Auch in Gutachten wird die sofortige totale Gebrauchsunfähigkeit des Gliedes immer betont und zur Diagnose verwerthet, eine Fractur event. ausgeschlossen, weil der Verletzte im Stande gewesen war, mit dem gebrochenen Beine aufzutreten. Es kommt aber nicht selten vor, dass ein Pat. trotz Schenkelhalsbruches auf dem Beine stehen oder sogar weitere Strecken gehen kann. Dass er sogar schwere Arbeiten event. zu verrichten vermag, zeigt folgender Fall: 33jähr. Ziegelerbeiter fiel am 10. April 1898 beim Tragen von Ziegeln durch ein umkippendes Brett auf die rechte Seite, wobei er mit der rechten Hüfte auf einen Ziegelstein aufschlug. Er stand selbst wieder auf, hatte aber sofort

Schmerzen, aber nicht heftige, hinkte auch sofort ziemlich stark, trug aber noch 2 Stunden lang, bis zum Abend, Ziegel in die 4. Etage hinauf. Am nächsten Tage (Sonntag) lag er zu Bett und machte Einreibungen. Montag und Dienstag trug er wieder Ziegel, aber nur ins Parterre, weil er keine Treppen mehr steigen konnte. Mittwoch, früh 7 Uhr, musste er die Arbeit einstellen, da die Schmerzen zu stark waren. Er ging zum Arzt, der „Verstauchung“ der Hüfte feststellte; er musste 3 Tage ins Bett und Umschläge machen, dann wurde er 5 Wochen mit Bädern behandelt. Die Beschwerden besserten sich etwas, der hinkende Gang verlor sich aber nicht. Pat. arbeitete wieder 5 Tage, aber nur leichtere Arbeiten und auch dadurch wurden die Beschwerden stärker, sodass Pat. wieder 9 Wochen zu Bett lag, wo er mit Massage und passiven Bewegungen behandelt wurde. Allmählig besserte sich der Zustand. Am 19. Nov. 1898, also 5 Monate nach dem Unfall, kam er in die Klinik. Die Untersuchung ergab einen kräftig gebauten Mann mit gesunden inneren Organen. Rechter grosser Rollhügel verbreitert und 3 cm oberhalb der R.-N.-Linie stehend; das ganze Bein nach auswärts rotirt und 3 cm verkürzt, Oberschenkelmuskulatur 2 cm abgemagert. Pat. konnte das Bein im Liegen nur wenig von der Unterlage erheben. Im Hüftgelenk Beugung frei, Abduction und Innenrotation um ca.  $\frac{1}{4}$  eingeschränkt. Die Diagnose „Bruch des r. Schenkelhalses“ wurde durch Röntgendurchleuchtung bestätigt, die einen extracapsulären eingekeilten Bruch am Uebergang des Halses in den Schaft ergab, der knöchern geheilt war. Pat. war vor dem Unfall gesund gewesen, hatte auch vorher nicht gehinkt, der Bruch musste Folge des Unfalls sein. Auch der behandelnde Arzt gab zu, dass Pat. sofort etwas gehinkt hat und auch das Bein ein wenig verkürzt erschienen sei; erschloss aber einen Bruch namentlich deshalb aus, weil Pat. nach der Verletzung noch weiter arbeitete. Nun wäre es ja möglich, der Bruch hätte später stattgefunden, als Pat. nach 5 Wochen wieder 5 Tage arbeitete; aber hier hat Pat. nie irgendwelchen Unfall erlitten! Aus dem Röntgenbild geht hervor, dass der Schenkelhals vollständig durchbrochen war. Man kann die dem Unfall folgenden Vor-

gänge hier nur verstehen, wenn man annimmt, dass, abgesehen von der individuellen Unempfindlichkeit gegen Schmerzen, eine sehr feste Einkeilung und Verzahnung der Bruchstücke stattgefunden hat. Wenn Pat. sich auch angeblich auf seinen Stock, den die Ziegelträger zu gebrauchen pflegen, gestützt hat, so war doch die Belastung des Beins durch den Kasten mit Ziegeln, welche ein Gewicht von über 2 Ctr. hatte und den er noch 2 Stunden lang in die 4. Etage trug, eine sehr grosse. Da Pat. sofort die Last weiter trug, muss die Einkeilung des Halses in den Trochanter gleichzeitig mit dem Bruch eingetreten sein, wie es gewöhnlich geschieht. Durch den weiteren Gebrauch des Beines und die starke Belastung lockerte sich die Verzahnung allmählig, die Festigkeit der Extremität nahm ab, Pat. musste die Arbeit einstellen. Auch die Verkürzung des Beines wurde wohl erst allmählig grösser, wie es bei F. der unteren Extremitäten nicht selten ist (es warnt daher Thiem mit Recht den späteren Begutachter davor, falls er eine stärkere Verkürzung findet, dem 1. Arzt etwa den Vorwurf der ungenauen Untersuchung zu machen). Als Pat. in der 6. Woche einige Tage arbeitete, trat eine wesentliche Verschlimmerung ein, indem der Callus noch zu weich war (Schenkelhalsfracturen consolidiren sich nach 12 Wochen!); während dieser Zeit wird wohl gerade die Verkürzung zugenommen haben. — Der Fall ist praktisch sehr wichtig, weil er unter anderen Umständen leicht zu einem Streit hätte führen können. Vor einigen Jahren war ein Verletzter zu begutachten, welcher eine Verstauchung des rechten Fussgelenks erlitten hatte und ausserdem über Beschwerden in der rechten Hüfte klagte. Es fand sich ein Bruch des Schenkelhalses, der mit Auswärtsrollung und Verkürzung ( $2\frac{1}{2}$  cm) geheilt war. Pat. war nach dem Unfall ebenfalls einen längeren Weg gegangen und dann 14 Tage zu Haus gewesen (ohne aber zu liegen), hatte dann wieder leichtere Arbeiten verrichtet, nach einigen Wochen diese aber wieder einstellen müssen. Wegen der geringen Störung in der Gebrauchsfähigkeit des Gliedes wurde in der Klinik ein Zusammenhang des Bruches mit dem Unfall für unwahrscheinlich erklärt.



(es existirte z. Z. darüber noch keine Litteratur), aber die Nothwendigkeit betont, nachzuforschen, ob Pat. schon vor dem Unfall hinkte. Pat. wurde vom Schiedsgericht abgewiesen, weil der erstbehandelnde Arzt in einem 2. Gutachten den Zusammenhang des Bruches mit dem Unfall entschieden verneinte und aussagte, dass er den Pat. schon früher an Rheumatismus der Hüfte behandelt hätte, wovon der hinkende Gang noch herühre; gegen die Entstehung des Bruches durch den Unfall führte auch er die Gebrauchsfähigkeit des Beines sofort nach diesem an; allerdings war die Hüfte nach dem Unfall gar nicht untersucht worden. Pat. appellirte nicht weiter, die Sache blieb daher unentschieden. Jedenfalls zeigt aber auch dieser Fall, dass es dringend geboten ist, bei jeder noch so geringfügigen Verletzung der Hüfte sofort nach dem Unfall eingehend zu untersuchen, ob nicht ein Schenkelhalsbruch vorliegt; wenn man die Diagnose nicht mit Sicherheit stellen kann, soll man wenigstens die Frage offen lassen. Eine Fehldiagnose kann für Arzt und Pat. schwerwiegende Folgen haben! Ein einer Privatunfallversicherung angehörender Mann, verpflichtet, den Unfall innerhalb 14 Tagen anzuzeigen, unterliess dies, weil der Arzt eine leichte Quetschung der Hüfte diagnosticirte, die bald geheilt sein werde; es fand sich später in der Klinik ein Schenkelhalsbruch und Pat. wurde wegen Unterlassung der Anzeige abgewiesen! Ein Schenkelhalsbruch wird sehr oft verkannt; bei den in der Anstalt Behandelten war die Verletzung bei fast dem 4. Theil vorher nur als Contusion und Verstauchung bezeichnet, besonders bei jüngeren Leuten, da allgemein angenommen wird, dass Schenkelhalsbruch eine Verletzung des Greisenalters sei und doch sind diese Fälle auch bei jüngeren Leuten gar nicht selten. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899 No. 4.)

**Gelenkmaus.** Der Zusammenhang zwischen G. und Traumen hat heutzutage hohes praktisches Interesse, da die Frage, ob und in welcher Weise ein Unfall die Entstehung einer G. veranlasst hat oder haben kann, bei Begutachtungen sehr wichtig werden kann. Privatdoc. Dr. O. Vulpius (Heidelberg, Orthopädi.-chirurg. Heilanstalt)



bekam zufällig hintereinander 4 Fälle von G. im Kniegelenk auf den Operationstisch und hatte Gelegenheit, so ebenso viele Möglichkeiten eines Zusammenhanges zwischen G. und Trauma kennen zu lernen.

Fall I. 33jähriges Fräulein, bisher gesund. 77 Tage ante operat. war sie mit gleichen Füßen von einer 60 cm hohen Mauer auf den etwas abschüssigen Erdboden gesprungen, wobei sie einen Krach im rechten Knie verspürte und sich fallen lassen musste. Am Tage darauf Gelenk geschwollen. Pat. musste dauernd zu Bett liegen bis vor 8 Tagen, konnte sich aber auch bei ihrer Aufnahme nicht auf das Bein stützen und geführt kaum einen Schritt thun. Gelenk mässig geschwollen, darin nur wenig Erguss nachweisbar, active und passive Bewegungen sehr schmerzhaft (besonders druckempfindlich Gelenkspalte auf der inneren Seite). Röntgenbild zeigt normale Verhältnisse. Eröffnung des Gelenkes. Blutig-seröse Flüssigkeit in mässiger Menge darin; Synovialis stark hyperaemisch, geschwellt (besonders verdickt auf der Vorderseite des Femur, dicht über dem normal aussehenden Gelenkknorpel); bei Umklappung der Patella nach aussen zeigt sich an derselben ein bis an die Spongiosa reichender Defect von Pfenniggrösse, nach aussen vom Apex gelegen, etwas unregelmässig begrenzt; nach einigem Suchen fand sich hinten und aussen dem Femur angelagert ein hahnenkammartig ins Gelenk hervorragender harter Körper, der an der Kapsel festsitzend, mit der Kornzange gefasst und mit der Scheere gelöst wurde; es war das fehlende Stück der Kniescheibe, bestehend aus normal aussehendem Knorpel und einer dünnen Schicht Spongiosa. Schichtweise Vereinigung von Kapsel und Haut; Heilung ohne Störung. Zweifellos war hier durch Druck am Condylus extern. femor. ein Stückchen abgesprengt worden, hatte durch seine Wanderung im Gelenk einen Reizzustand, ebenso die wunde Innenfläche der Kniescheibe bedingt, war schliesslich nach hinten geglitten und dort mit der Kapsel fest verwachsen. Also ein Fall von echter traumatischer Gelenkkörperentstehung in einem gesunden Gelenk (nach König selten, nach Schüller, Riedinger u. A. häufig!).

Fall II. 48jähr. Mann, seit 10 Jahren an Schmerzen

in beiden Kniegelenken leidend, die er auf seine Arbeit zurückführt (setzte immer Backsteine in den Brennofen und war dadurch vielfach schroffem Temperaturwechsel ausgesetzt); arbeitete andauernd, brauchte nie einen Arzt. 3 Wochen vor seinem Eintritt stiess er mit dem linken Knie gegen einen Wagen und stürzte sofort zusammen. Als der rasch entstandene Erguss sich verringert hatte, wurde ein grosser, frei beweglicher Gelenkkörper gefühlt, der meist unter die Quadricepssehne schlüpfte. Eröffnung des Gelenks, Entfernung des Körpers mit der Kornzange; der eindringende Finger stellte fest, dass der Condyl. extern. femor. mit höckerigen Knochenwucherungen dicht besetzt war. Gelenkmaus kreisrund, 3 cm Durchmesser,  $\frac{3}{4}$  cm Dicke, unebene Oberfläche, glänzender Knochenüberzug, hart. Glatte Heilung. Hier handelte es sich also um ein schon lange krankes Gelenk. Ein besonders prominentes Product der deformirenden Arthritis wurde durch das Trauma zur G., der bis dahin erwerbsfähige Mann plötzlich arbeitsunfähig und blieb es bis nach geheilter Operationswunde, wo ja der frühere Zustand wieder hergestellt war, ja Pat. noch besser daran war, als vor dem Unfall, indem ja jetzt eine grosse Wucherung eliminirt war.

Fall III. 42 jähr. Mann, bis zum Unfall gesund, fiel vor 7 Jahren, mit einem schweren Sack beladen, aufs rechte Knie, welches dabei gegen eine eiserne Schiene stiess. Von da an Gelenk geschwollen und in wechselndem Grade schmerzhaft. 1 Jahr darauf Entfernung einiger Gelenkmäuse, desgleichen wieder nach 1 Jahr und noch nach 2 Jahren, endlich nach  $6\frac{1}{2}$  Jahren (vom Unfall aus). Einige Monate später kam Pat. wieder mit Schmerzen; im verdickten Gelenk abermals Gelenkmäuse fühlbar. Eröffnung. Kapsel stark verdickt, mit einzelnen derben, aber flachen Prominenzen; zu beiden Seiten der Kniescheibe sitzen der Kapsel einige knorpelige Gebilde von Erbsen- bis Bohnengrösse auf, theils mit Stiel, theils flächenhaft, theils fest im Bindegewebe eingebettet; in der Fossa intercondylica ein bis zur Spongiosa reichender, anscheinend frischer Defect von ähnlicher Grösse, wie die kleinen Mäuse; Innenseite der Patella, der Condylen des Femur, der Gelenktheil der

Tibia bedeckt mit kranzförmig dicht aneinander gereihten, unregelmässig höckrigen Wucherungen. Heilverlauf glatt; es wurde durch lange Fixation und durch eine Hülse Versteifung des Gelenkes erstrebt, die operativ durch Resection zu erzielen, Pat. nicht gestattete. Hier also hatte sich an die Verletzung ein chron. Entzündungszustand mit Tendenz zur Knorpelhyperplasie herausgebildet und in immer neuen Nachschüben stiessen sich die Wucherungen ab; d. h. also nur ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Trauma und G. mit der durch das Trauma entstandenen deformirenden Arthritis als Bindeglied. Nach Entfernung der Mäuse ist hier der Zustand ganz analog dem Fall II, die Entschädigungspflicht ist jedoch eine grundverschiedene, weil bei letzterem nur die Mausbildung, bei Fall III dagegen die Arthritis als Unfallfolge zu bewerthen ist. Fall IV. 25jähr. Mann, aus gesunder Familie stammend, selbst stets gesund, bekam in seinem 2. Militärdienstjahre vor drei Jahren nach einem besonders anstrengenden Exerciren eine Schwellung des linken Kniegelenks, lag längere Zeit im Lazareth und wurde dann als Invalide mit Pension entlassen. Zu Hause Besserung, doch nach grösseren Ausflügen wiederholt Gelenkschwellung, in letzter Zeit erhebliche Verschlimmerung. Kniegelenk bei der Aufnahme ziemlich geschwollen, besonders im Bereich der Bursa subcruralis, wo auch weiche Fluctuation; auf der Aussenseite derselben stiess der Finger auf eine verschiebbliche Resistenz. Eröffnung des Gelenks. Hier überraschender Anblick: In der Höhle ausser wenig Flüssigkeit 24 freie Körper von Erbsen- bis Haselnussgrösse, gelblich gefärbt, etwas durchscheinend (die Mehrzahl lagerte in der Bursa subcruralis); Synovialmembran besetzt mit Zotten der verschiedensten Grösse, zum Theil so dicht aneinandergedrängt, dass sie sich gegenseitig abplatteten (theils sassen sie flächenhaft auf, theils flottirten sie an verschiedenen langen und dicken Stielen; die meisten von Herzform, sehr gefässreich, an ihrem zugespitzten Ende in wechselnder Ausdehnung gelb und etwas durchscheinend, so in ihrer Beschaffenheit den freien Körpern sich durchaus nähernd); daneben wieder Bilder,



die unzweifelhaft für den umgekehrten Vorgang sprachen (fertige und freie Gelenkkörper waren wieder flächenhaft an die Synovialis angewachsen). Exstirpation der letzteren, Naht der Kapsel und Haut. Glatte Heilung. Auch hier war eine berufliche Schädigung (unter Umständen von den Berufsgenossenschaften auch als Unfallsfolge anerkannt!), ein Trauma indirect an den Gelenkmäusen schuld, indem dadurch der Anstoss zu den chronischen, mit Zottenbildung einhergehenden Gelenkentzündungen gegeben ward.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899 No. 4.)

**Psoriasis.** Ueber Localisation der P. auf Impfnarben macht

Privatdoc. Dr. Bettmann (Heidelberger medic. Klinik) Mittheilung: 12jähr. Knabe wird von seinem Vater gebracht mit der Angabe, dass er an einer Hautkrankheit leide, die er sich durch die Impfung zugezogen habe. Pat. war im letzten Sommer revaccinirt worden; die Impfpusteln waren in normaler Weise abgeheilt, als wenige Wochen später an der Impfstelle eine „Flechte“ bemerkt wurde, die sich von da aus auf weitere Theile des Körpers ausbreitete. Der ziemlich gut entwickelte Knabe zeigt das Bild einer typischen P. vulgaris. Befallen sind die Streckseiten der unteren Extremitäten und der behaarte Kopf. Auffallend sind nun am linken Oberarm 4 in gerader Linie untereinander gelegene Efflorescenzen von Linsen- bis Pfenniggrösse, die theilweise eine Beziehung zu den Impfnarben erkennen lassen. Man sieht 5 solcher querverlaufender Narben; die oberste Psoriasisefflorescenz liegt zwischen der 3. und 4. Narbe, während die nächste Efflorescenz von der untersten Narbe mitten durchzogen wird und die nächsten Plaques ausserhalb des Impfbezirks fallen. Vater und Pat. selbst geben mit voller Bestimmtheit an, dass jene oberen Efflorescenzen die ersten Manifestationen der Krankheit gewesen seien. Pat. ist vorher nie krank gewesen, speciell nie an der Haut; weder in seiner Ascendenz, noch bei seinen 4 Geschwistern ist bisher irgend eine Hautaffection beobachtet worden. — Heller hat zunächst einen ähnlichen Fall (Student, bei dem sich P. auf den Narben der 3. Impfung



etablierte) mitgeteilt und eine Casuistik von nur 14 Fällen angeführt; fast in allen diesen handelte es sich nicht um die Localisation frischer Efflorescenzen einer schon vorher vorhandenen P. auf den Impfnarben, sondern die Krankheit begann, wie in obigem Falle, überhaupt erst nach der Vaccination. Eine Beziehung zur letzteren muss sicher bestehen, doch freilich nur so, dass diese als Agent provocateur dasteht; wie auch sonst irgendeine äussere Reizung Veranlassung für das locale Auftreten von P. werden kann, wie mechanische, thermische, chemische Reize der verschiedensten Art hier ätiologisch wirken können, so ist das auch bei der Vaccination der Fall und zwar kann also auf diese auch das erste Auftreten des Hautleidens folgen, ohne dass sich daraus eine spezifische Schädigung durch die Vaccine irgendwie ergibt.

(Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 15.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ueber

eine erfolgreiche Sectio caesarea post mortem bei Eklampsie berichtet Dr. R. Koenig (Universitäts-Frauenklinik Bern). Nach Dorn ist die Aussicht, durch den Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangeren das Kind zu retten, eine ganz minimale. Bei Eklampsie ist dieselbe besonders gering: „Die plötzlichen Todesfälle, der Tod durch Verblutung, die gewaltsamen Todesarten ergeben die beste Prognose für das Kind. Je mehr bereits die Mutter während der Schwangerschaft gelitten hatte, je stärker sie gefiebert, je schwerer die Oxydation ihres Blutes bereits beeinträchtigt war, um so schlechter ist die Prognose für das Ueberleben des Kindes“. In der Litteratur konnte Autor nur 5 Fälle von Sectio caesarea post mortem bei Eklampsie finden, wo lebende Kinder gewonnen wurden und davon blieben nur 2 am Leben. Einen neuen Fall bringt nun Koenig: 25jährige Igravida. Mutter an rupturirter Tubengravidität, eine Schwester vor 6 Wochen an Eklampsie gestorben. Menses regelmässig, zum letzten Male am 23. März 1898. Von Jugend auf besteht etwas „dicker Hals“, der während der Schwangerschaft wenig zuge-

nommen hat, ohne je Beschwerden zu verursachen. Am Beginn der Schwangerschaft viel Erbrechen, nachher Wohlbefinden. Vor 3 Wochen vorübergehende, heftige Magenkrämpfe und einige Male Erbrechen. Ein Arzt fand damals Spuren von Eiweiss im Urin. Seit einigen Tagen geringe Schwellung der Unterschenkel, Kopfweh, nie Athembeschwerden. Noch am 24. December verrichtet Pat. ungestört schwere Arbeit. In der Nacht vom 24. zum 25. December ganz plötzlich in ruhiger Bettlage ein Erstickungsanfall, welchen der behandelnde Arzt der Struma zuschreibt. Kurze Zeit nachher ein 2. heftiger Anfall, ohne Zuckungen. Am 25. December, Morgens 4½ Uhr findet Koenig eine kräftig gebaute Gravida im 10. Monat, hochgradig dyspnoisch, mit sehr starkem, inspiratorischem Stridor und intensiver Cyanose. Sensorium frei. Puls filiform (100). Kopf zu ⅓ eingetreten, Herztöne nicht zu hören, angeblich keine Wehen. Pat. hat mässig grosse diffuse Struma, wie sie in der Gegend fast zur Regel gehört; auffällig die ungewöhnlich pralle Consistenz. Genauere Untersuchung sonst wegen des Zustandes unmöglich. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Eklampsie neben Compression der Trachea durch eine plötzlich gewachsene Struma. Nach Injection von 0,01 Morphium Transport in die Klinik. Ankunft 5 Uhr. Sofort hier äusserst heftiger typischer eklamptischer Anfall mit klonischen, im Gesicht beginnenden, sich auf den ganzen Körper ausbreitenden Zuckungen. Im Urin sehr viel Eiweiss. Sofortige Entbindung war indicirt. Innerer Muttermund geschlossen, Cervix ganz erhalten; daher Kaiserschnitt beschlossen. Nach dem einige Minuten dauernden Anfall verfällt Pat. in tiefes Coma und stirbt, kaum auf den Operationstisch gebracht. Rasch Sectio caesarea, Extraction eines im III. Grade asphyktischen Knaben, der nach ¼stünd. Wiederbelebungsversuchen zum Schreien gebracht wird; der Knabe (er war 48 cm lang und wog 2730 gr) ist z. Z. munter. Die Section der Mutter ergab u. A. an der linken Lungenspitze zahlreiche Tuberkel, Pleuritis adhaesiva,



dann zahlreiche subseröse Haemorrhagieen an der Oberfläche der Leber, am Darm und Mesenterium; an der Thyreoidea: rechts Colloidstruma von ca. 4 cm. Durchmesser, links Kapsel sehr prall gespannt, 7:5:4 cm, unter der Kapsel und im Gewebe ausgedehnte Haemorrhagieen; Trachea vorn und seitlich durch die Struma stark comprimirt, Lumen bis  $\frac{1}{2}$  vermindert. — Die Diagnose war Anfangs nicht leicht gewesen. Struma war sicher im Spiel, Pat. bot ein in dieser Kropfgegend wohlbekanntes Bild dar: intensive inspiratorische Dyspnoë infolge Druckes auf die Trachea. Das plötzliche Auftreten der Symptome und die Prallheit des Kropfes liessen an eine Blutung im Tumor denken. Ob es sich daneben noch um Eklampsie handelte, resp. ob diese das Primäre war, war zunächst schwer zu entscheiden; die Anfälle vor dem Spitaleintritt erinnerten nicht daran, dafür sprachen nur die früher constatirte Albuminurie, das Oedem der unteren Extremitäten, die Magenkrämpfe und Kopfschmerzen als event. Prodromi. Als man noch nicht entschlossen war, ob rasche Entbindung oder Tracheotomie zunächst geboten seien, kam der typische Anfall, welcher auf alle Fälle vorerst die Sectio caesarea erforderte, die, wenn auch die Struma am Symptomencomplex einen grösseren Antheil event. hatte, indirect eine rasche Entlastung der Trachea herbeigeführt hätte. Die Section bestätigte die Diagnose. Offenbar hatte der erste, atypische, eklamptische Anfall einen Bluterguss in die Struma bewirkt, welcher zum Druck auf die Trachea führte. Um so wunderbarer ist es, dass das Kind trotz dieser Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure leben blieb.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 16.)

— Ueber den zweckmässigsten Gang bei der Wiederbelebung scheinotdter Neugeborener giebt Doc. Dr. L. Knapp (Prag) Auskunft: Eine unerlässliche Bedingung für die richtige Wahl der einzuschlagenden Wiederbelebungsverfahren ist die strenge Auseinanderhaltung der leichten von der schweren Form der Asphyxie, für deren Unterscheidung wiederum den besten Anhaltspunkt das Verhalten der Reflexerregbarkeit

der Schlund- und Gaumenmusculatur abgiebt, welche bei den leichteren Graden des Scheintodes vorhanden ist, wie man sich bei Einführung des Trachealkatheters überzeugen kann. Mit letzterem Verfahren hat die Behandlung bei jeder Form zu beginnen, da es vor Allem darauf ankommt, durch Ausaugen der aspirirten Massen die Luftwege frei zu machen. In vielen Fällen genügt dies Verfahren auch, um in kürzester Zeit die Athmung in Gang zu bringen. Dabei bleibt das Kind vorläufig noch unabgenabelt. In der Spätabnabelung derartiger Kinder liegt ein besonderer Vorthail für dieselben durch die einfache und natürliche Art, in welcher sich vorhandene Circulationsstörungen unter Vermittelung der Nabelschnurgefäße ausgleichen können, vorausgesetzt, dass letztere vollkommen durchgängig und die Placenta noch nicht gelöst ist. Man sieht hier viel bessere und raschere Erfolge, wenn man sich bei leichteren Graden der Asphyxie (der sogen. „Asphyxia livida“) zunächst abwartend verhält, anstatt, wie früher, die Abnabelung zu beschleunigen, um ungehindert die für derartige Fälle gebräuchlichen Hautreize anwenden zu können. Wo sich durch die Gefäße der Nabelschnur die Circulationsstörungen im Kreisläufe der Frucht von selbst ausgleichen können, bedürfen wir solcher überhaupt nicht; wo sie dennoch angezeigt erscheinen, ist eine wirksame Anwendung derselben (warmes Bad, Eintauchen in kaltes Wasser, Abreibung mit heissen Tüchern etc.) allerdings erst nach erfolgter Abnabelung nöthig. Bei den schwereren Formen von Scheintod hat die Abnabelung selbstverständlich unverzüglich zu geschehen, da hier einzig die künstliche Athmung in Betracht kommt, wozu freie Bewegungsfähigkeit der Frucht gehört. Die rhythmische Compression der Herzgegend und die rhythmischen Zungentraktionen (Laborde) lassen sich ja auch am unabgenabelten Kinde vornehmen und hat namentlich mit letzterem Verfahren Autor überraschende Erfolge erzielt, freilich nur bei leichteren Graden der Asphyxie. Bei schwereren sollte man mit diesen Versuchen keine Zeit verlieren, sondern sofort die Schultze'schen Schwingungen vornehmen, die beste Art der künstlichen



Athmung. Für vereinzelte Fälle, wenn der Scheintod Folge eines schweren Blutverlustes ist (z. B. Einriss eines velamentös inserirten Nabelschnurgefässes), erscheint die subcutane Infusion physiolog. Kochsalzlösung angezeigt. — Resumirend giebt also Autor folgende Vorschriften: Bei leichteren Graden von Asphyxie: Mit der Abnabelung warten, indess in reichlicherer Menge aspirirte Massen mit dem Trachealkatheter entfernt werden, danach an dem noch unabnabelten Kinde rhythmische Zungentractionen; setzt die Athmung noch nicht in gehöriger Weise ein, Abnabelung, Hautreize. Bei schweren Formen: Sofortige Abnabelung und schleunigste Einleitung künstlicher Athmung; dazwischen an dem behufs Vermeidung von starker Abkühlung von Zeit zu Zeit ins warme Bad gebrachten Kinde rhythmische Zungentractionen zur Prüfung der Reflexerregbarkeit des Athmencentrums; sobald diese zurückkehrt, nur mehr Hautreize, wenn jenes nicht der Fall, Fortsetzung der künstlichen Athmung. Bei Combination von Asphyxie und Anaemie ausserdem subcutane Infusionen von lauer physiolog. Kochsalzlösung.

(Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 17.)

- Einen **Fall von Infection der Genitalien mit Vaccine** erlebte Dr. E. Maillefert (Magdeburg). Derselbe wurde zu einer im 7. Monate Gravida gerufen, die einen „Vorfall“ bekommen haben sollte. Linke grosse Schamlippe stark geschwollen, Schamspalte ganz auf die rechte Seite gedrängt. Aus derselben ein etwa wallnussgrosser, tief gerötheter Tumor hervorragend, der sich bei Entfaltung der Genitalien als die kugelförmig angeschwollene linke kleine Schamlippe erwies. An der Innenseite, der Schleimhautfläche der linken grossen Schamlippe, 3 bohnen-grosse flache Bläschen von mattgelber Farbe, ein ebensolches an der linken kleinen Schamlippe, wo diese der grossen anliegt. Bei Berührung der geschwollenen Theile und beim Gehen grosse Schmerzen. Kein Fieber. Anamnestisch ergab sich, dass die Pat., an reichlichem Ausfluss leidend, denselben mehrmals täglich mit einem Lappen zu entfernen pflegte. Vor 11 Tagen war ihr Kind ge-

impft worden und zur Linderung der starken Entzündung hatte die Mutter mit Oel getränkte Lappen auf den Arm gelegt, von denen sie dann einen genommen und sich die Genitalien abgewischt hatte. Am nächsten Tage schon Schmerzen an den letzteren, darauf rasch Entwicklung der Schwellung. Kalte Umschläge linderten die immer heftigeren Schmerzen, während die Anschwellung erst nach 6 Tagen abzunehmen begann, nachdem die Blasen geplatzt waren und ihren wasserhellen Inhalt entleert hatten. 2 Tage später waren sie gänzlich und damit alle Beschwerden verschwunden. Die oberflächliche Reinigung der Lappen hatte also nicht genügt, allen wirksamen Infectionsstoff aus denselben zu entfernen. Als Ursache für den relativ schweren Verlauf der Erscheinungen aber ist die während der Gravidität vorhandene Auflockerung der Gewebe und die Empfänglichkeit für entzündliche Processe anzusehen; auch bildeten die infolge der starken Secretion ja so oft entstehenden Epithelerosionen ein begünstigendes Moment für die Uebertragung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 18.)

**Tabes dorsalis.** Einen Fall von T. mit Bulbärparalyse theilt Dr. M. Bloch (Mendel'sche Klinik in Berlin) mit: Pat., ein 55 jähriger, pensionirter Lehrer, erblich nicht belastet, leugnet specifische Infection, stellt auch Excesse in Alkohol und Tabak in Abrede, in seinem Beruf war er besonderen Schädlichkeiten nicht ausgesetzt. Ist verheirathet, 2 gesunde Kinder, 1 Abort; 2 Kinder gestorben (6 und 23 Wochen alt), hatten „Beulen am Körper“ (scrophulöse Abscesse, Lues congenita?). Pat. bis 1890 gesund. Krankheit begann mit reissenden, blitzartig durchfahrenden Schmerzen in den Beinen, Mattigkeit, Gefühl von Unsicherheit beim Gehen. Dann Kribbeln und Kältegefühl in den Beinen, Gürtelgefühl und Einschlafen der Hände. 1893 Lähmung rechtsseitiger Augenmuskeln und Doppelbilder, 1895 Augenmuskellähmungen links. Seit 1896 progressive Abnahme der Sehkraft. Seit 1 Jahr bemerkt Pat. auffallende Ungeschicklichkeit in den Händen, kann feine Gegenstände schlecht festhalten, schlecht knöpfen, fährt beim Essen öfters mit Gabel etc. am Munde vorbei. Blasenstörungen erst in letzter Zeit



(Ischurie, Incontinenz). Seit 1 Jahr Taubheitsgefühl in der rechten Zungenhälfte, sowie der rechten Gesichtshälfte; hier Gefühl einer eigenartigen Spannung, wie wenn diese Gesichtshälfte eine fest anliegende Decke trüge („Masque tabétique“ Charcot's); gleichzeitig fing er an durch die Nase zu sprechen, das Kauen wird ihm schwer, Speichel fliesst fortwährend aus dem Munde, er verschluckt sich öfters, beim Trinken kommt bisweilen etwas Flüssigkeit zur Nase heraus. Anfallsweise, durch Kitzelgefühl im Halse eingeleitet, krampfhafter Husten und Athemnoth. Status: Pat. mässig genährt. An Lungen und Unterleibsorganen nichts Krankhaftes; Urin frei von Zucker und Eiweiss. Herz nach allen Richtungen hin vergrössert, Spitzenstoss im 6. Intercostalraum verbreitert und stark hehend; Herztöne an der Spitze dumpf, daselbst ein leises systolisches und diastolisches Geräusch hörbar, über dem Sternum ein lautes systolisches Geräusch und diastolisches Blasen von fast musikalischem Charakter. In der Höhe des 2. rechten Intercostalraumes etwa 2 markstückgrosse Dämpfung; keine Pulsation daselbst. Puls an beiden Radialarterien gleich, exquisit altus et celer, 120, regelmässig. Deutliche Arteriosklerose, besonders starke Schlängelung der Temporalarterien, starkes Carotidenklopfen. Capillarpuls. Weiche Struma beider Lappen, besonders des linken. Am rechten Auge incomplete Ptosis. Linke Pupille etwas weiter als die rechte. Beide lichtstarr. Rechts complete Lähmung des Abducens, Rectus super., intern. und Parese des infer., links Parese sämtlicher Augenmuskeln. Pat. ist amaurotisch; ophthalmoskopisch: tabische Sehnervenatrophie. Sensibilität im Gebiet des ganzen rechten Trigeminus bedeutend herabgesetzt, Nadelstiche werden daselbst nirgendwo schmerzhaft empfunden, auch im rechten äusseren Gehörgang, auf Mund- und Nasenschleimhaut rechts, sowie auf der rechten Zungenhälfte besteht Hypaesthesia. Berührungsreflex der rechten Conjunctiva und Cornea fast völlig aufgehoben. Leichte Parese der Kaumusculatur. Geruch, Geschmack und Gehör intact. Die Sprache trägt den typischen Charakter bulbärer Erkrankung, nieselnd, heiser, monoton, zeitweilig schwer verständlich. Innervation des oberen Facialis beiderseits gleich gut, dagegen deutliche Parese im Gebiet des unteren Facialis beiderseits. Lippen dünn,

können nicht fest aneinandergedrückt werden, meist Mund halb geöffnet, Pat. hat dauernd ein Taschentuch in der Hand, um den herabfließenden Speichel aufzufangen. Pfeifen und festes Aufblasen der Backen unmöglich. Zunge kann nicht vollständig herausgestreckt werden, weicht nach rechts ab; Musculatur dünn, zahlreiche fibrilläre Zuckungen, fühlt sich schlaff an. Velum palatinum wird beim Phoniren beiderseits weniger gehoben, als in der Norm, Parese desselben r. > l. Pharynxreflex erhalten. Laryngoskopisch: Rechtsseitige Posticuslähmung mit Erhaltung des Laryngeus super. An den Händen bei leidlich gut erhaltener Kraft deutliche Ataxie; Berührungsgefühl überall erhalten, im Gebiet des ganzen rechten N. ulnaris, aber auch an anderen Stellen des Vorderarmes Analgesie, im Gebiet des linken Ulnaris Hypalgesie. Gang ataktisch; Hypotonie der Musculatur der Beine; an beiden Beinen ausgebreitete Sensibilitätsstörungen und zwar Hyperästhesie und Hyp- resp. Analgesie. Temperatursinn an Armen und Beinen ohne Störung. Rechts Patellarreflex, links nicht. Elektrische Untersuchung der Zungen- und Lippenmusculatur ergibt geringe quantitative, keine qualitative Veränderungen gegen die Norm. Potenz erloschen. — Ueber Coincidenz von T. mit Aortenerkrankungen (hier Stenose und Insufficienz der Aortenklappe und aneurysmatische Erweiterung der Aorta ascendens) sind in der Litteratur zahlreiche Beobachtungen niedergelegt. Anders betreffs der Combination von T. mit progressiver Bulbärlähmung. Wohl existiren Beobachtungen genug, wo bei T. einzelne Bulbärsymptome constatirt wurden, so Hemiatrophia linguae, Trigemiusstörungen sensibler und motorischer Art, indessen war hier bei der anatomischen Untersuchung eine Affection des Kerngebietes nicht zu finden, wohl aber Degenerationen der Wurzelfasern; auch eine, dann aber stets peripheren Charakter aufweisende Facialislähmung, die im allgemeinen zu den seltensten Complicationen der T. gehört, ist hie und da mitgetheilt worden. Dagegen ist der ausgesprochene Symptomencomplex der Glossolabiopharyngealparalyse bisher nur 2 Mal gesehen worden, von Howard und Charcot. In des ersteren Fall handelte es sich um einen 55jährigen, syphilitisch nicht infectirten



Pat., der im Jahre 1883 eine Augenmuskellähmung erst links, dann rechts bekam. 1 Jahr später Sehschwäche, dann Sprach- und Kaustörungen, der Unterkiefer sank allmählig herab, das Schlucken wurde schwer; im weiteren Verlauf Impotenz, Taubheit, Gehstörungen und quälende Paraesthesien im Trigeminusgebiet; ausserdem fanden sich Opticusatrophie, reflectorische Pupillenstarre, Anaesthesie in beiden Rami I des Trigeminus, Atrophie besonders der rechten Zungenhälfte, Parese beider unteren Faciales, Verlust der Kniereflexe. Pat. starb 2 Monate nach der Untersuchung plötzlich an Herzlähmung. Charcot's Pat. war ein 44 jähr. Mann, vor 12 Jahren inficirt, 18 Monate vor der Aufnahme an lästigen Empfindungen im Trigeminusgebiet erkrankt; kurze Zeit darauf Schluck-, Kau- und Sprachstörungen, dann Doppelsehen, Larynxkrisen, Gürtelgefühl, Einschlafen im 4. und 5. Finger beider Hände, Impotenz und Blasenstörungen. Die Untersuchung ergab das typische Bild der beginnenden Bulbärparalyse, ausserdem Trigeminusanaesthesie, Ophthalmoplegia externa, reflectorische Pupillenstarre, Westphal'sches Zeichen; Augenhintergrund normal; laryngoskopisch; Parese der Adductoren der Stimmbänder; elektrisch: lediglich quantitative Veränderungen, nur im M. masseter partielle Entartungsreaction (in Howard's Mittheilung fehlt der laryngosk. und elektr. Befund). In beiden Fällen also auffallende Congruenz der Symptome mit dem Bloch'schen: Augenmuskellähmungen, Trigeminusstörungen subjectiver und objectiver Art, in 2 Fällen Opticusatrophie, dazu die Erscheinungen der progr. Bulbärparalyse und die classischen Symptome der T. Bemerkenswerth ist das Zurücktreten der Symptome der Unterextremitäten! In Charcot's und Howard's Fall wird von Ataxie nichts erwähnt, in Bloch's Fall trat dieselbe nicht stark hervor; es scheint in diesen Fällen von „bulbo-spinaler T.“ (Charcot) das Gros der Erscheinungen mehr auf Rechnung der höher gelegenen Centren zu kommen. Das laryngoskopische Bild in Bloch's Fall entsprach durchaus den Kehlkopflähmungen bei T., weshalb Autor diese laryngealen Symptome auch der Bulbärlähmung zuzuschreiben nicht geneigt ist, bei der gewöhnlich die Stimmbandadductoren, fast nie die Abductoren, gelähmt sind.

(Neurolog. Centralblatt 1893 No. 8.)

**Tuberculose.** Die von Kapesser und Kollmann empfohlene **Schmierseifenbehandlung der tuberculösen Localerkrankungen** hat Prof. Dr. Hoffa (Würzburg) in den letzten 12 Jahren bei über 200 Pat. angewandt und war damit ausserordentlich zufrieden. Er benützte sie hauptsächlich zur Allgemeinbehandlung bei Spondylitis, T. des Hüft-, Knie-, Fuss- und Ellbogengelenks, bei Drüsen- und Hauttuberculose, wobei freilich ausserdem auch die gewöhnliche Behandlung dieser Affectionen zur Anwendung gelangte. Diese hatte aber viel bessere Resultate, wenn gleichzeitig geschmiert wurde: Das Allgemeinbefinden und der Appetit hoben sich rasch, die Gelenkschwellungen bildeten sich schneller zurück, die Fisteln schlossen sich eher u. s. w. Wunderbare Erfolge sah Autor namentlich bei den multiplen tuberculösen Knochen- und Gelenkerkrankungen recht heruntergekommenen Kinder; hochgradigste Prozesse, z. B. die schweren Erkrankungen an den Fusswurzelknochen sah Autor so vollständig abheilen. Es kommt sehr auf das Präparat an. Zu verwenden ist nur der in den Apotheken vorrätliche Sapo kalin. venal. Hoffa benützt stets den Sapo kalin. venal. transparens (superfeine Seife) der Firma Duvernoy (Stuttgart). Davon werden 25–40 gr wöchentlich 2–3 Mal (nicht öfters, da sonst leicht Ekzeme!) mittelst Schwammes oder der Flachhand Abends eingerieben und zwar vom Nacken einschliesslich beginnend am Rücken und den Oberschenkeln und wenn thunlich, den Oberschenkelbeugen entlang bis incl. zu beiden Kniekehlen. Ist eine Extremität im Verband fixirt, so wird dieser während des Einreibens mit Guttaperchapapier vor dem Nasswerden geschützt; bei Spondylitis zieht man event. das Corsett aus, legt die Kinder auf den Bauch, reibt dann ein und zieht das Corsett wieder an. Die Seife bleibt  $\frac{1}{2}$  Stunde liegen, worauf sie mit Schwamm und warmem Wasser entfernt wird. Pat. bleibe die Nacht im Bett, kann aber Tags darauf aufstehen. Ueber den Wirkungsmodus sind die Ansichten getheilt. Kollmann meint, dass die schädliche Milchsäure im Körper neutralisirt wird und das Blut an Alkalescenz zunimmt; Vermehrung der Alkalescenz aber wirkt durch Zunahme des Stoffwechsels günstig ein; letzterer wird



sicher auch durch die Massage erhöht. Jedenfalls aber ist die Wirkung unbestreitbar und die Cur als Adjuvans der anderen therapeutischen Maassnahmen bei den scrophulösen Pat. ungemein nützlich.

(Münchener medic. Wochenschrift 1893 No. 9.)

— Auch Dr. Horlacher hat bei **Seifenbehandlung der Gelenktuberculose** in 2 Fällen sehr gute Erfolge gesehen.

1) 3jähr. Mädchen, an Caries des linken Hüftgelenks leidend. Schon mehrfach in Krankenhäusern operirt und nach längerem Aufenthalt als geheilt entlassen, aber immer wieder Recidive, so auch jetzt, wo Pat. längere Zeit nach der letzten Operation in des Autors Behandlung kam. Neben starker schmerzhafter Anschwellung in der Höhe des grossen Trochanters an der Vorderseite des Oberschenkels eine Fistelöffnung mit schwammigen Rändern, aus welcher sich dünner, übelriechender Eiter entleerte. Pat. konnte weder stehen, noch gehen. Die Behandlung bestand — in Abständen von je 2 Tagen — nach sorgfältiger Reinigung der Fistelöffnung und deren Umgebung in einem Verbande mit Perubalsam und, behufs Ruhigstellung des Gliedes, in einem das Becken, Ober- und Unterschenkel umfassenden festen Verband, ferner 3–4 Mal wöchentlichen Einreibungen des Rückens (incl. Nates) und der hinteren Seite der Oberschenkel mit Sapo kalin. venal. Nach 5 Wochen schon bedeutende Besserung: Aus der sich allmählig immer mehr schliessenden Fistelöffnung trat nur hie und da etwas gut aussehender, nicht mehr übelriechender Eiter aus, die Anschwellung in der Gegend des grossen Trochanters war bedeutend vermindert, nicht mehr schmerzhaft und nach weiteren 4 Wochen nahezu vollständig verschwunden und die Fistel geschlossen. Kein Recidiv mehr. 2) 5jähr. Knabe. Schon mehrmals in der Klinik wegen Caries des linken Ellbogengelenkes operirt, ohne dauernden Erfolg. Jetzt wieder Fistel, übelriechender Eiter, heftige Schmerzen im Arm. Neben Reinigung, feuchten Umschlägen etc. Seifeneinreibungen. Nach 8 Wochen Heilung. Kein Recidiv mehr.

(Wiener medic. Presse 1899 No. 17.)

— Eine eigenartige Sensibilitätsstörung nach Bier'scher Stauung beschreibt Dr. E. Langemak (Diakonissenkrankenhaus Kaiserswerth a. Rh.): 14jähr. Pat. wurde am

22. Nov. 1898 wegen *T. ossis navicularis et capitis tali sin.* aufgenommen. Am 23. Nov. begann die Bier-sche Stauung und zwar wurde die Gummibinde ca. 5 cm oberhalb der Malleolenenden angelegt, nach Unterpolsterung mit einem Streifen mitteldicken Flanells, um Druck zu vermeiden. Die Binde lag erst 2, dann 4, 8 und 12 Stunden. Am 27. Nov. wurde sie Morgens 8 Uhr angelegt und sollte Abends 8 Uhr entfernt werden; dies wurde jedoch versäumt und erst Nachts 2 Uhr nahm Pat. selbst sie ab, weil er Schmerzen empfand. Am 28. Nov. constatirte Autor starkes Oedem der Malleolengegend und der hinteren Fusshälfte. Pat. gab an, dass er am ganzen Fuss und am Unterschenkel, soweit die Binde gelegen hatte, kein Gefühl habe, d. h. von den Zehenspitzen bis 13 cm von den Malleolenenden nach aufwärts, also etwa bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels. Die Anaesthesia war eine vollständige, thermisch, tactil und algisch. Es wurde nun die Stauung ausgesetzt, Fuss und Unterschenkel gewickelt und hoch gelagert; am 8. Dec. Oedem unter dieser Behandlung völlig geschwunden. Am 18. Dec. die tuberculös erkrankten Knochen nicht mehr druckempfindlich, keine Röthung und Schwellung der sie bedeckenden Haut. Pat. steht auf und geht ohne Beschwerden. 3. Jan. 1899. Da die seit Ende November bestehende völlige Anaesthesia sich durchaus nicht gebessert hat, trotz täglicher, leicht reizender Einreibungen und vorsichtiger Massage, werden Wechselfussbäder angeordnet: Eintauchen des kranken Fusses 1 Minute in kaltes, dann ebenso lange in warmes Wasser u. s. w.  $\frac{1}{2}$  Stunde lang. Als Pat. am 4. Jan. diese Procedur wiederholte, bemerkte er plötzlich Blasenbildungen am Fuss, ohne aber Schmerz zu empfinden. Als Autor kam, hatte er zunächst das Bild einer ausgedehnten Verbrennung II. Grades vor sich und glaubte, das Wasser müsse zu heiss gewesen sein: aber es zeigte sich, dass die Temperaturen  $28^{\circ}$  C. und  $+4^{\circ}$  C. waren. Fuss und Malleolengegend mit Blasen bedeckt, die zwischen ihnen liegende Haut diffus geröthet. Keine Temperaturerhöhung bis zum 6. Januar, an diesem Tage  $39^{\circ}$ , am 7. und 8. sogar  $40^{\circ}$ ,



dann lytischer Abfall, am 19. Januar fieberfrei. Am 26. Februar Fuss völlig geheilt, sieht marmorirt aus, dunkle blaue Stellen wechseln mit weissröthlichen; die grosse Zehe steht etwas plantarflectirt im Interphalangealgelenk. Auch diese neugebildete Haut ist völlig anaesthetisch, dagegen ist die Stelle des Unterschenkels, an welcher die Gummibinde gelegen hatte und welche ursprünglich auch anaesthetisch war, aber nicht von der Blasenbildung befallen wurde, wieder sensibel geworden. — Es ist nun eine offene Frage, ob diese Sensibilitäts- und Ernährungsstörung bei diesem Pat. auch eingetreten wäre, wenn, wie Bier vorschreibt, die Binde nach 12 Stunden an eine andere Stelle des Unterschenkels gesetzt worden wäre. Denn es ist Thatsache, dass die Bier'sche Stauung schon ununterbrochen ohne nachtheilige Folgen 24 Stunden angewandt wurde, d. h. die Binde wurde nur alle 24 Stunden an eine andere Stelle gerückt. Jedenfalls ist es auffallend, dass, nachdem die Binde in den ersten Tagen gut ertragen wurde, eine vollständige Anaesthesie schon nach 18 Stunden auftrat und dass schon ein Temperaturunterschied von 24° C. eine so hochgradige Blasenbildung hervorrief. Auffallend ist ferner, dass die tuberculöse Affection schon nach 5tägiger Stauung soweit zur Ausheilung gekommen war, dass sie keine Erscheinungen mehr machte. (Münchener med. Wochenschrift 1899 No. 14.)

— **Ichthyol bei Phthise** empfiehlt auf Grund eigener günstig ausgefallener Versuche Dr. W. Schiele. Das Mittel bewirkte vor allem eine Zunahme des Appetits und eine oft geradezu überraschende Besserung des Allgemeinbefindens, auch die Beeinflussung des Lungenprocesses selbst lässt sich direct nachweisen. Neben hygienisch-diätetischen Maassnahmen wird daher die Darreichung von Ichthyol, besonders wo Kreosot sich als wirkungslos erwiesen oder nicht vertragen wird, besonders aber bei stärkerem Kräfteverfall, wo man mit Kreosot sehr vorsichtig sein muss, den Pat. von grossem Vortheil sein. Schiele gab das Mittel (zu gleichen Theilen mit Wasser oder auch mit Aq. Lauroc., Liq. ammon. anis., event. mit Opium resp. Morphinum) anfangs zu 3—5 Tropfen steigend bis 20—25 ja 30 Tropfen 3 Mal tägl. vor dem Essen.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1893 No. 12.)

— Einen 27 jährigen Pat. mit **T. der Unterlippe** stellt Dr. Nobl vor. Im Bereiche der letzteren und zwar am Uebergange der Haut ins Lippenroth, ein quergestelltes, von fein gezackten, ausgebuchteten und zum Theil überhängenden Rändern umgrenztes, ziemlich seichtes Geschwür von Kreuzergrösse. Am Rande mohn- bis hanfkorn-grosse Knötchen, welche im Centrum theils Eiterpunkte tragen, theils bereits Zerfall erkennen lassen. Dieser sich am Rande immer wieder erneuernde Vorgang bringt die Ränder des Substanzverlustes zu weiterer Einschmelzung und bedingt das periphere Fortschreiten des Geschwürs. Grund desselben von blassrothen, feinkörnigen, schlaffen und eitrig belegten Granulationen eingenommen. Regionäres Drüsensystem ohne Veränderungen, ebenso Mundschleimhaut sowie allgemeine Decke frei von krankhaften Erscheinungen. Ueber den Beginn der sehr schmerzhaften Ulceration giebt Pat. an, dass dieselbe vor 2 Monaten mit der Bildung von einzelnen, hanfkorn-grossen Knötchen einsetzte, welche dann zerfielen und miteinander confluirten. Ein der gegenwärtigen Läsion ganz ähnliches Geschwür, das damals nur im Bereich der Lippenschleimhaut sass und erst nach mehrmonatlicher Behandlung zur Benarbung kam, hatte den Pat bereits vor 9 Monaten zum Autor geführt. Zu jener Zeit war auch keine locale Adenopathie aufgetreten und blieb die Geschwürsbildung während der 3 monatlichen Beobachtung die einzige Krankheitserscheinung; Quecksilberpräparaten gegenüber erwies sich das Geschwür vollständig refractär und kam erst auf energische Lapisirung zur Verheilung. Die charakteristische Entstehung, das eigenartige Fortschreiten des Zerfalls am Rande, die Schmerzhaftigkeit sowie der hartnäckige Bestand der Ulceration lassen es als zweifellos erscheinen, dass hier T. vorlag (Vater des Pat. starb an Phthise, Pat. selbst ist noch mit incompleter Mastdarmfistel als Residuum eines periproktitischen Abscesses behaftet!), welche ja gern die Haut-Schleimhautgrenzen zum Angriffspunkt nimmt.

(Wiener medic. Club, 8. März. 1899 —

Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 18.)



— 3 Fälle von tuberculösen Geschwüren an der Uebergangsstelle der Urethralschleimhaut in die Haut der Glans bespricht Doc. Dr. Ehrmann. Der 1. Pat., ein 25jähr. Mann, wegen tuberculöser Geschwüre des Larynx seit December 1898 in fachmännischer Behandlung, bekam im Februar ein halbmondförmiges, feingezacktes Geschwür an der unteren Commissur der Urethralmündung, durch welches die letztere zum Theil destruiert wurde. Das Geschwür heilte auf Jodoformvasogen in 6 Wochen, seit 2 Wochen ist anschliessend an die Narbe nach innen, auch gegen den Urethrallappen wieder ein halbmondförmiges Geschwür mit gerötheter Umgebung, auf der mohnkorngrosse und blassgelbe Knötchen und Geschwürchen zu sehen sind. Blase, Prostata, Samenbläschen anscheinend normal, Harn nicht getrübt. An beiden Lungenspitzen protrahirtes Exspirium. Im abgeschabten Geschwürsbelag Tuberkelbacillen. Der 2. Fall war vor 8 Monaten in Behandlung wegen eines seit Monaten bestehenden, die untere Fläche der Glans destruirenden, auf die nach unten eröffnete Harnröhrenmündung übergreifenden, ungemein schmerzhaften, feinzackig begrenzten, mit schlappen, speckig belegten Granulationen bedekten Geschwürs. Prostata und Samenbläschen zeigen eine drusig-unebene Oberfläche, sind vergrössert, derb infiltrirt, schmerzhaft, besonders bei Erectionen, zeitweilig auch bei der Miction, auch infiltrirt ist die Harnröhre in ihrer ganzen Länge; es besteht Cystitis. Im Harnsediment fast regelmässig Bacillen. Das Geschwür der Glans ist derzeit nach Application von Jodoformvasogen überhäutet, die Affection der Urethra und der tiefen Gebilde des Urogenitalapparats unverändert. Fall 3 betraf einen 30jähr. Mann, der wiederholt Geschwüre an der Glans und Urethralmündung zeigte; dabei Kreuzschmerzen, zeitweise Harndrang, ohne dass in der Blase und Prostata etwas nachzuweisen war. Harn zumeist fast ganz klar, zeitweise jedoch trüb, hie und da blutig. Im centrifugirten Harn neben Leukocyten und zeitweise rothen Blutkörperchen einige Male Tuberkelbacillen. Auf der Glans, in die

Urethra übergreifend, eine grosse Anzahl meist confluirender Geschwüre von demselben Charakter wie Fall 2. Thermokauter führte nicht zum Ziel, die Geschwüre wurden sogar tiefer. Auf Jodoformpräparate (z. B. Jodoformvasogen) wiederholt Heilung, aber Recidive. Diesen Fall fasst Autor als primäre Nierentuberculose auf, mit secundärer Infection der Glans. Die möglichen Infectionsmodi besprechend, führt er zuerst die zufällige Infection durch Sputum an, dann die viel häufigeren: den bacillenhaltigen Harn von der Nierentuberculose (Fall 3) und der Tuberculose der Blase, Prostata und Samenbläschen (Fall 2), welche selbst oft nur eine Fortsetzung der Nierentuberculose vom Nierenbecken nach unten sind, dann die Infection durch die Blutbahn (Fall 1), wo Genitale und Niere frei zu sein scheinen und das recidivirende Geschwür unmittelbar an die Narbe des ersten ansetzt, sodass anzunehmen ist, dass hier ein Rest von Bacillen in der Blutbahn stecken blieb. Möglich ist endlich Infection per coitum, bei der Seltenheit tuberculöser Geschwüre im weiblichen Genitale nicht von Belang. Es kommt schliesslich bei Pat., die an anderweitiger T. leiden vor, dass durch Gonorrhö eine T. in dem Urogenitaltractus gewissermaassen provocirt wird, wie bei einem Collegen, der, an Spitzeninfiltration leidend, Gonorrhö acquirirte und später Genitaltuberculose bekam. — Zum Schluss theilt Ehrmann noch eine therapeutische Beobachtung mit. Vor Jahren wurde ihm von einem Urologen ein Fall von Blasentuberculose, der Syphilis acquirirt hatte, zur antisiphilitischen Behandlung zugeschickt. Der landläufigen Tradition folgend, unterzog Autor nur zaghaft den Pat. einer mercuriellen Cur (Einreibung) und doch schwanden nicht nur dieluetischen Erscheinungen, ohne dass die T. sich verschlechterte, sondern die Cystitis hörte auf und der Harn klärte sich vollständig. Daraufhin hat Autor, als bei obigem Fall 3 (mit Nierentuberculose) die Geschwüre immer wiederkehrten, schmieren lassen, worauf die Geschwüre heilten und die Beschwerden verschwanden; ob freilich die Besserung anhält, muss die Zukunft lehren.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 14. März 1899. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 16.)



**Tumoren.** Einen Fall von Metastase eines Schilddrüsen-carcinoms an der Schädelbasis mit Durchbruch in die Nase stellt Dr. Harmer vor. Pat. kam vor ca. 8 Tagen wegen Sehstörung und Verstopfung der Nase in die Klinik. Bis vor 1½ Jahren war sie immer gesund. Damals heftige Kopfschmerzen, welche sich zeitweise besserten, ohne je wieder ganz zu verschwinden; ausserdem Husten und langsam zunehmende Verstopfung der Nase. Kurz darauf will Pat. bemerkt haben, dass sie das linke Augenlid weniger heben könne, ein Symptom, welches ebenfalls constant zunahm. Ein schon vor 3 Jahren bestandener, kaum eigrosser Kropfknoten soll gleichfalls seit dieser Zeit langsam gewachsen sein. Vom Herbst des vergangenen Jahres an scheint eine raschere Zunahme der vorhandenen, sowie ein Hinzukommen neuer Symptome stattgefunden zu haben: es nahm die Sehkraft des linken Auges rasch ab, dazu gesellte sich Ptosis des rechten Augenlides und der Kropf gerieth in rascheres Wachsthum. In letzter Zeit endlich nahm auch die Beweglichkeit, sowie das Sehvermögen des rechten Auges merklich ab. Status praesens: Mittelgrosse, ziemlich gut genährte, 44jähr. Frau von blassem Aussehen; leichtes Zittern der Extremitäten, Puls etwas beschleunigt; über den Lungen diffuse bronchitische Geräusche. Beide Augenlider, das linke ganz, das rechte nahezu ganz herabhängend, sodass nur rechts eine enge Lidspalte bleibt; linker Bulbus absolut unbeweglich, mit erweiterter reactionsloser Pupille, im rechten Bulbus nur Auswärtsbewegung und geringe Rollung möglich; Pupille rechts etwas unter mittelweit und ebenfalls starr. Mit dem linken Auge können kaum noch die Finger gezählt werden, während rechts noch das Lesen grosser Buchstaben in der Nähe gelingt. Beiderseits Sehnervenatrophie. Am Halse über mannsfaustgrosse Geschwulst, welche die rechte Seite bis über den Kopfnicker hinaus einnimmt und mit ihrem medialen Theil noch ein wenig nach links herüberreicht, mit normaler verschieblicher Haut bedeckt ist und beim Schlucken in geringem Grade sich auf und ab bewegt; sie ist von derber, stellenweise sehr harter

Consistenz, ziemlich scharf begrenzt und gegen die Unterlage mässig verschieblich. In der linken Nase ist ganz vorne ein kirschgrosser, sehr beweglicher, polypenartiger Tumor von röthlichgrauer, matter Oberfläche und derber Consistenz constatirbar, welcher den Einblick in die hinteren Parthieen der Nase verhindert. Rechterseits sieht man einen flachgedrückten, sehr beweglichen Tumor zwischen Septum und Muschel herabhängen, welcher schmutziggrüne Färbung und sehr morsche Consistenz zeigt. Bei der Rhinoscopia poster. sieht man am Rachen-dach eine mässig dicke Lage adenoiden Gewebes und aus der rechten Choane einen polypösen Tumor heraushängen, linkerseits die hinteren Muschelenden stark geröthet und geschwellt. Im Larynx nur chron. Entzündung, keine Motilitätsstörung. In der Trachea keine stärkere Verengerung des Lumens. Da für den ersten Augenblick an einen Zusammenhang der verschiedenen Krankheitssymptome nicht gedacht wurde, so wurde die rhinoskopische Diagnose auf polypenartige T. gestellt, jedoch mit dem Verdacht auf Malignität wegen des ungewöhnlichen Aussehens derselben. Behufs Untersuchung wurde der ganz vorn liegende Tumor aus der linken Nase herausgenommen und histologisch geprüft; es handelte sich um eine maligne Neubildung von epithelialeem Charakter, doch war die Anordnung der epithelialen Zellen zu drüsenähnlichen Schläuchen, sowie die Ausfüllung einzelner Schläuche mit colloiden Massen bemerkenswerth, und die Aehnlichkeit mit einem Schilddrüsen carcinoma so auffallend, dass die Vermuthung, es könnte sich um Metastasen eines solchen Tumors handeln, sehr nahe lag. Es bestand also die Frage, ob die Struma bei der Pat. als maligne zu betrachten war, oder nicht. Von deutlich ausgesprochenen Zeichen der Malignität liess sich eigentlich nur das raschere Wachsthum in der letzten Zeit, sowie die harte Consistenz anführen, die Erfahrung hat aber gezeigt, dass die Malignität vieler Strumen intra vitam lange Zeit hindurch oder überhaupt für immer latent geblieben, manchmal sogar nur aus den Metastasen erkannt worden ist; daher glaubt auch Autor, dass hier die Malignität

zwar nicht erwiesen, aber auch nicht auszuschliessen ist. Eine 2. Frage ist die nach dem ursprünglichen Sitz der Metastase. Da nun bekannt, dass ausser den Lungen die Knochen eine Prädilectionsstelle für Schilddrüsenmetastasen bilden, so dürfte wohl auch hier der Ausgangspunkt an der Schädelbasis zu suchen sein und zwar im Keilbein, denn nur unter dieser Voraussetzung lässt sich ein ursächlicher Zusammenhang der Erscheinungen von Seite der Augen mit denen der Nase erklären. Auf welche Art eine Läsion der Augenmuskel- und Sehnerven zustande gekommen ist, ob durch directes Uebergreifen des Tumors auf die genannten Nerven, oder auf andere Art, etwa durch Einbruch in den Sinus cavernosus, wagt Autor nicht zu entscheiden, ebensowenig die Frage, auf welchem Wege die T. in die Nasenhöhlen eingedrungen sind; letzteres könnte man sich event. so erklären, dass die Aftermassen in die Keilbeinhöhlen gewuchert haben und nach Usurirung der dünnen vorderen Wand derselben in die Nasenhöhlen gelangt sind und daselbst durch mechanische Momente die Polypenform angenommen haben. Autor möchte also die Diagnose stellen auf metastatisches Schilddrüsenkarcinom im Keilbein in der Gegend der Sella turcica mit Durchbruch nach oben in die Schädelhöhle und nach vorne in die Nase — allerdings mit einer gewissen Reserve, da sich nicht leugnen lässt, dass ein von der Hypophysis cerebri ausgehender Tumor denselben histologischen Bau zeigen und eventl. dieselben Symptome bewirken könnte.

(Wiener laryngolog. Gesellschaft 2. März 1899. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 14.)

- Einen **Fall von Struma maligna mit schwerer Blutung aus Varicen des Oesophagus** beobachtete Dr. H. Hellen-dall (Städt. Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin): Die 58jähr. Frau hatte angeblich seit 5 Jahren einen kleinen Kropf am Halse. Seit  $\frac{1}{2}$  Jahr rapides Wachsthum desselben. Seit dieser Zeit 4 Mal Bluterbrechen, zum 1. Mal am stärksten (in 3—4 Stunden ca. 10 Waschschüsseln anfangs schwarzen, dann hellrothen Blutes. Seit 2 Monaten zunehmende



Schwellung der Beine und Nachts leichte Athemnothanfälle. Pat. hochgradig kachektisch, stark cyanotisch und hydropisch; linke Hälfte des Körpers, namentlich linke untere Extremität, stärker ödematös als die rechte. Links am Unterschenkel verkalkte Varicen. An der Vorderfläche des Halses und Thorax grosse Geschwulst, dicht unterhalb des Kehlkopfes beginnend und bis zum Proc. xiphoideus herabreichend. Dieselbe dehnt sich nach rechts bis zum Sternocleidomastoideus, nach links bis zur hinteren Nackenmusculation aus und erreicht fast die Wirbelsäule. Weiter abwärts bildet beiderseits die Mammillarlinie die Grenze. Oberfläche stark uneben; auf derselben springen grosse und kleine stark gefüllte Venen vor. Grosse und kleine Höcker erheben sich aus der Geschwulst. Haut fest mit der Unterlage verwachsen, nirgends aber durchbrochen. Nirgends Pulsation. Ueberall mässig harte und elastische Consistenz. Nur an der Wurzel der Mammæ im Tumor Fluctuation. Links scheint der Tumor in die Mamma einzudringen, die viel grösser ist als die rechte, hauptsächlich wohl durch stärkeres Hautödem. Geschwulst mit der Unterlage fest verwachsen. Puls mässig beschleunigt. Linke Arterie stärker gefüllt als rechte. Genaue Percussion des Thorax wegen des Tumors und Oedems unmöglich. Am Herzen dumpfe Töne, keine Geräusche. Mässige Dyspnoë, kein Stridor. R. H. normaler Schall, L. H. von der Spina ab Dämpfung, Compressionsathmen und spärliches Rasseln; R. H. verschärftes Athmen. Abdomen ohne Besonderheiten. Laryngoskopischer Befund wegen dabei eintretender Dyspnoë nicht zu erheben. Augenhintergrund: Verschleierung der linken Papille; Schlängelung der Venen beiderseits. Urin normal. Noch in der Nacht nach der Aufnahme Exitus, ohne Athemnoth, ohne besondere Erscheinungen; Pat. war bis dahin ganz ruhig gewesen, es war aber aufgefallen, dass sie nur bei einer bestimmten Kopfhaltung nach links hinüber ohne Athembeschwerden war, sodass sie so gelagert werden musste. Auszug aus dem Sectionsprotokoll: Venen am Halse, an der Brust und am oberen Abdomen varikös erweitert. Linke Mamma grösser als rechte, aber bloss infolge Oedems. In beiden Pleurahöhlen stärkerer Erguss. Lungen stark ödematös,



sonst ohne Besonderheiten. Im Herzbeutel vermehrte klare Flüssigkeit. Herz vergrössert, beide Ventrikel dilatirt. Der Halstumor ist durch das Sternum hindurch gewachsen, sodass der obere Abschnitt desselben vollständig entknöchert ist. Auf der linken Seite oberste Rippe von einer fast faustgrossen Geschwulst durchsetzt. In beiden Venae jugulares mehrfache weiche Thromben von polypöser Beschaffenheit, die der Wand fest ansitzen und schon makroskopisch vascularisirt erscheinen; dieselben erstrecken sich bis in die Vena cava infer. In den Thromben einige makroskopisch sichtbare Cysten. Trachea etwas nach rechts verlagert und säbelscheidenartig comprimirt, aber nirgends von der Geschwulstmasse durchwachsen. Die umliegenden Muskeln und Fascien nur oberflächlich mit der Geschwulst verwachsen, aber stark von derselben verdrängt. Im Oesophagus ausgebuchtete Varicen, die sich bis etwa 4 cm oberhalb der Cardia erstrecken. Nirgends Metastasen, nur Cyanosis lienis, renum, hepatis, Hydrothorax, Hydropericardium u. s. w. Tumor auf der Schnittfläche pilzig, zum Theil markig, enthält zahlreiche Cysten und Blutungen; an vielen Stellen Herde ausgedehnter Fettmetamorphose. Mikroskopisch waren nur an peripheren Theilen carcinomatöse Veränderungen zu constatiren, an den anderen Parthieen nicht; doch ist sicher der ganze Tumor als maligner anzusehen, indem die Bösartigkeit schon aus der Zerstörung des Knochengewebes und der Durchwucherung der grossen Venen hervorgeht; wenn nun auch die typische Carcinomstructur nur an den peripheren Abschnitten des Tumors deutlich hervortritt, so ist doch der ganze als Struma carcinomatosa zu bezeichnen, die sich auf dem Boden einer mehrere Jahre hindurch gutartigen Struma entwickelt hat und sich eigenartig ausbreitete, indem sie sich offenbar vor dem Sternum nach abwärts ausdehnte, die Haut intact liess, das Sternum durchwucherte und so erst substernal wurde. Bemerkenswerth war dabei die zunehmende Verlegung der grossen intrathoracischen Venen

durch Geschwulstmasse. Diese erklärt einmal den hochgradigen Hydrops der Extremitäten und weiterhin die starke Cyanose des Gesichts, des Halses, sowie der Eingeweide. Sie ist auch die Ursache der Oesophagusvaricen gewesen, die zu Haematoemesis führten und schon mehrfach bei Lebercirrhosen beobachtet worden sind, hier aber zum 1. Mal bei einer Struma maligna.

(Verein f. innere Medicin in Berlin, 20. Feb. 1899. — Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 14.)

- **Injectionen von Eisenchlorid bei Angiomen und Teleangiectasien** wendet S.-R. Dr. Blaschko (Berlin) seit 30 Jahren an. Er empfiehlt jetzt in 2—3 tägigen Intervallen  $\frac{1}{2}$ —1 Pravaz'sche Spritzen folgender Lösung subcutan zu injiciren:

Rp.

*Liq. ferri sesquichlorat.*

*Zinc. chlorat. aa 1,0*

*Cocain. mur. 0,1*

*Aq. dest. ad 10,0.*

Die Kinder äusserten keine Schmerzen. Geringe Blutungen standen auf Eiswasserumschläge, zur Eiterung kam es nie, Recidive blieben stets aus.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 16.)

- **Hirntumor und Anaemie differentialdiagnostisch zu unterscheiden**, ist oft recht schwierig. Hugh T. Patrick bekam ein 21jähriges Dienstmädchen mit der Diagnose „Hirntumor“ zugewiesen. Pat. litt seit 6 Wochen an heftigem Kopfschmerz (speciell in der linken Schläfengegend); daneben Doppelsehen (beruhend auf Parese des rechten Rectus extern.), vorübergehende Anfälle von Schwindel und Amaurose, ausgesprochene Stauungspapille (neben einigen kleinen retinalen Blutungen), mässige Einengung beider Gesichtsfelder und Herabsetzung der Sehschärfe, endlich schwere Anaemie. Aus letzterer und dem Fehlen wesentlicher Herdsymptome diagnostisirte Autor „Anaemie“, welche Diagnose sich durch die Erfolge der eingeleiteten Therapie als die richtige erwies. In einem anderen Falle musste man anfangs einfach an Anaemie denken, später aber traten Erscheinungen auf, die sicher auf Hirntumor hindeuteten.

(Journal of nervous and mental diseases 129. — Neurolog. Centralblatt 1899 No. 8.)

## Vermischtes.

— Ueber **Karno, ein neues Fleischpräparat**, schreibt Prof. Liebreich: „Seit der Einführung des Fleischextracts von J. v. Liebig hat sich auf Basis der von ihm entwickelten Principien eine Industrie entwickelt, welche bemüht ist, die Producte des Fleisches in möglichst condensirter Form dem ärztlichen Gebrauch zugänglich zu machen. Das Liebig'sche Fleischextract repräsentirt den Gesamtgehalt der Extractivstoffe des Fleisches, dessen Nutzen wesentlich als ein erregender zu betrachten ist und überall, wo eine Nahrung gebraucht wird, welcher erregende Extractivstoffe fehlen, ist der Zusatz von Fleischextract mit Recht sehr beliebt geworden. Es stellt sich aber auch das Erforderniss heraus, mit dem Fleischextract zugleich ein concentrirtes Nährmaterial zu besitzen, welches die erforderlichen Eiweissstoffe neben den Extractivstoffen des Fleisches enthält. Zahlreiche solche Producte sind eingeführt worden, aber sehr häufig haben sie nicht genügenden Nährwerth oder konnten selbst bei relativ hohem Nährwerth wegen unangenehmen Nebengeschmackes nicht mit Erfolg Eingang finden. Ein neues Präparat, dem diese Fehlerhaftigkeit nicht anhaftet, ist das Karno, welches die erregenden Eigenschaften des Fleischextracts mit einem guten Nährwerth verbindet, denn es hat den hohen Eiweissgehalt von 8% und, wie die Untersuchung ergab, auch reichliche Albumose. Es stellt einen dünnflüssigen Syrup von angenehmem Geschmack dar. Was man von diesen Präparaten auch verlangen muss, ist vor allen Dingen, dass sie durch ihren Preis nicht zu einer übermässigen Ausgabe führen, damit der Nährwerth, die Schmackhaftigkeit und der Preis in guter Harmonie mit einander stehen. Das ist bei Karno der Fall, da eine Flasche von etwa 60 ccm mit einem Trockenrückstand von 43,37% Mk. 2.— kosten soll.“

(Therap. Monatshefte 1899 No. 2.)



- Zur **Entfernung von Haaren** aus kosmetischen Gründen wird folgende Vorschrift gegeben:

**Rp.**

*Tinct. Jodi* 0,5

*Ol. Terebinth.* 1,0

*Ol. Ricin.* 1,5

*Alcohol.* 10,0

*Collod. ad* 40,0

S. 1 Mal täglich an 3–4 aufeinanderfolgenden Tagen aufzupinseln.

Bei Entfernung der Collodiumdecke haften die abgestossenen Haare an deren Innenfläche.  
(Indian Lancet. — Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 13.)

- Die **diagnostischen Merkmale an der Pupille** kennzeichnet Dr. Jul. Pfister in folgender Weise:

#### Pupillenverengerung.

I. Reizungsmyosis. Normal bei Lichteinfall und beim Accommodiren. Pathologisch (abhängig vom Oculomotorius) bei:

- a) Diffusen entzündlichen Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, die eine directe Reizung des Oculomotorius verursachen;
- b) Tumoren in der Nähe des pupillenverengernden Centrums (vordere Vierhügel) oder in der Nähe der Oculomotoriusfasern oder des Stammes selbst;
- c) Im Anfangsstadium der Apoplexia cerebri, des hysterischen und epileptischen Anfalls;
- d) Bei Blutungen in dem Pons;
- e) Bei dauernder Nahearbeit (bedingt durch Krampf des Accommodationsmuskels und des Sphincter pupillae);
- f) Bei entzündlichen Zuständen des vorderen Bulbusabschnittes (Keratitis, Iritis, Cyclitis, Conjunctivitis, Scleritis);
- g) Anwendung von Eserin, Pilocarpin, Muscarin, Nikotin, Opium.

II. Paralytische Verengerung (abhängig vom Sympathicus) kommt vor bei:

- a) Verletzungen, Apoplexie, Tumoren, Entzündungen des Halsmarks, sobald diese destruierend wirken;
- b) Mediastinaltumoren, Oesophaguscarcinom;
- c) Sympathicusparese.



## Pupillenerweiterung.

I. Paralytische Mydriasis (abhängig vom Oculomotorius) bei:

- a) Blutung, Tumor am Boden des Aqaeductus Sylvii (Oculomotoriuskern);
- b) Bei Krankheitsherden, welche die Fasern des Oculomotorius irgendwo in ihrem Verlaufe treffen, z. B. bei Sinusthrombose, Glaukom u. s. w.;
- c) Anwendung von Atropin, Duboisin, Daturin, Hyoscyamin, Hyoscin, Homatropin;
- d) Quetschung des Bulbus.

II. Spastische Mydriasis (abhängig vom Sympathicus) bei:

- a) Schreck;
- b) Kohlensäureanhäufung im Blute;
- c) Im entwickelten epileptischen und eklamptischen Anfall;
- d) Bei Tumoren und Entzündungen des Rückenmarks, z. B. im Anfangsstadium der Tabes;
- e) Reflectorisch bei Anwesenheit von Würmern im Darm, bei Blei- und Gallensteinkolik;
- f) Bei Halstumoren;
- g) Melancholie und Manie;
- h) Anwendung des Cocains.

## Verhalten der Pupillenreaction.

- |   |   |
|---|---|
| <p>I. Bei der Reizungsmyosis wirken Licht, Accommodation, Convergenz und Eserin noch stärker verengernd. Atropin wirkt erweiternd.</p> <p>II. Bei der paralytischen Myosis wirken Licht, Accommodation, Convergenz und Eserin ebenfalls stärker verengernd, Atropin wirkt aber schlecht und nur wenig erweiternd.</p> | <p>I. Bei der paralytischen Mydriasis fehlt die Reaction auf Licht, bei der Accommodation u. Convergenz. Eserin verengert nur sehr wenig.</p> <p>II. Bei der spastischen Mydriasis verengert Licht, Accommodation, Convergenz und Eserin.</p> |
|---|---|

## Abarten der Pupillenreaction.

1. Reflectorische Pupillenstarre (Argyll Robertson'sches Phänomen): Die Pupille reagirt nicht mehr auf Licht, wohl aber noch auf Convergenz und Accommodation. Es ist ein Frühsymptom der Tabes und der progressiven Paralyse; in seltenen Fällen findet sich das Phänomen auch bei Dementia senilis, Paranoia, bei der multiplen Sklerose, bei Syphilis des Centralnervensystems und bei Epilepsie.
2. Hemianopische Pupillenreaction (Wernicke): Eine Zusammenziehung der Pupille tritt nur ein bei Beleuchtung der einen Netzhauthälfte, während sie bei Beleuchtung der anderen Hälfte ausbleibt. Weist auf einen Krankheitssitz zwischen den Stammganglien und dem Chiasma hin.
3. Hirnrindenreflex der Pupille (Haab): Es tritt eine Verengerung der (im dunklen Raum) weiten Pupille ein, sobald der Untersuchte an eine Lichtquelle denkt.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 15. Jan. 1899.)

- **Harnstoff als Diureticum** bei allen Arten von Wassersucht empfiehlt Dr. W. Camerer jun. (Urach). Giebt man täglich 15–20 gr (in ca. 250 gr Wasser gelöst auf den Tag zu vertheilen), so beginnt nach 2–3 Tagen die Wirkung, welche fast stets eine prompte ist. Das Mittel, (reiner Harnstoff von Kahlbaum, Berlin S. O., kostet pro Kilo Mk. 18.—) ist ungefährlich.

(Medicin. Correspondenz-Blatt  
des Württemb. ärztl. Landesvereins 1899 No. 7).

- **Herpes praeputialis als Vorläufer des Schankers** hat Ch. Audry (Toulouse) mehrfach beobachtet, sodass er den Rath giebt, jedem derartigen Herpes zu misstrauen, wenn er sich zum 1. Mal bei einem Erwachsenen einstellt und man keine andere Erklärung für ihn hat, als einen verdächtigen Coitus.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1899, Bd. 28 No. 4.)

- **Eine Methode, den Geschmack öliger Medicamente zu verdecken**, hat Dr. E. Lewy (Marienbad) von einem seiner Pat. kennen gelernt und sie bei Ol. Ricini in mehreren hundert Fällen mit Erfolg benützt. Man bringe in ein nach unten konisch zulaufendes Weinglas ca. 1 cm hoch Bier, dann die Dosis Ol. Ricin. (auch Leberthran und andere Oele!) und hierauf wieder 1 cm hoch Bierschaum (kann event. rasch erzeugt werden, indem man das Bier mit Staubzucker versetzt). Das Oel schwimmt auf dem Bier, der Schaum auf dem Oel. Das Ganze wird (nicht umgeschüttelt!) auf einen Zug getrunken und hinterlässt so keinen andern Geschmack als den des Bieres.  
(Therap. Monatshefte 1899 No. 2.)

- **Antifebrin** hat Dr. Neidhardt (Heiligenhafen) seit 4—5 Jahren bei acutem Gelenkrheumatismus mit bestem Erfolge angewandt und hat das Mittel ihn noch nie im Stiche gelassen. Er giebt Erwachsenen 4 stündlich 0,5 und Kindern 0,1—0,25. Nach 24—48 Stunden sind die Pat. schmerzfrei. Nach 3—4 Tagen werden täglich nur noch  $1\frac{1}{2}$ —1 gr gegeben. Ecclatant wirkt Antifebrin auch bei Schlingbeschwerden bei Angina; häufig genügt schon 1 Pulver, um die Schmerzen zu beseitigen. Das beste dem Autor bekannte Schwitzmittel endlich ist folgendes Pulver:

Rp.

*Antifebrin.*

*Phenacetin.*  $\overline{aa}$  0,5

*Morph. mur.* 0,01.

(Der prakt. Arzt 1899 No. 4.)



## Bücherschau.

---

— Im Verlage von S. Karger (Berlin) erscheint eine neue Serie von Werken: „**Arbeiten aus der Privat-Frauenklinik von Dr. Mackenrodt in Berlin.**“ Von dieser Sammlung liegen bereits 2 Nummern vor: „**Das Studium der Frauenheilkunde, ihre Beziehungen innerhalb der allgemeinen Medicin**“ von Mackenrodt und „**Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebärmutterkrebses mit dem Glüheisen**“ von Gellhorn. Beide Hefte zeigen schon, dass wir von dieser Sammlung noch viele interessante Publicationen zu erwarten haben, die auch für den Nicht-specialisten von Bedeutung sind. — Mehr für den Praktiker zur Lectüre eignet sich allerdings das in demselben Verlage erschienene Werkchen von Dr. Gräupner (Nauheim); „**Die Störungen des Kreislaufs und ihre Behandlung mit Bädern und Gymnastik**“ (Preis Mk. 3.50). Der Autor wandelt bekanntlich in diesem Gebiete Wege, welche von denen anderer Autoren erheblich abweichen; wir können nicht entscheiden, welches die rechten sind, jedenfalls ist das Buch des Interesses jedes Arztes werth, da es mannigfache Anregung giebt sowohl in theoretischer, wie in praktischer Richtung und die wichtigsten therapeutischen Fragen in fesselnder Form beleuchtet. Die „Nauheimer Methode“ der Bäder- und Gymnastikbehandlung findet in Gräupner einen beredten Interpreten und man wird über alle Details derselben gut unterrichtet.

— Prof. Dr. A. Mooren's **Gesichtsstörungen und Uterin-leiden** ist bereits zum 2. Mal erschienen (106 S. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden). Die 2. Auflage zeigt ein ziemlich von der ersten abweichendes Bild, da der Autor die einzelnen Capitel fast gänzlich umarbeitete und viel Neues hinzufügte. Noch mehr als früher wird daher jetzt das Werk den Praktiker befriedigen, da er in demselben alles verwerthet findet, was Beziehungen zum Auge und Uterus hat und sich über alle diese für die Praxis so *ungemein* wichtigen Verhältnisse auf das Genaueste orientiren kann.



— Von der **Real-Encyclopädie**, herausg. von Prof. Eulenburg (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien) ist Band 19 erschienen, in welchem die Themata „Phenacetin“ bis „Pulpitis“ abgehandelt sind. Da das Riesenwerk empfehlender Worte nicht bedarf, wollen wir nur für diejenigen, die es noch nicht kennen sollten oder nur eine ältere Auflage besitzen, einige grössere und bedeutendere Capitel herausgreifen, um zu zeigen, welche Mannigfaltigkeit das Werk auszeichnet und welcher Mitarbeiter es sich erfreut. Wir finden also in diesem 19. Bande der III. Auflage u. A.: „Phosphor“ von Geppert, „Pilzvergiftung“ von Husemann, „Pityriasis“ von Schwimmer, „Placenta“ von Kleinwächter, „Pneumatische Therapie“ von Lazarus, „Pneumothorax“ von A. Fränkel, „Polymyositis“ von Unverricht, „Progressive Muskelatrophie“ von Goldscheider, „Prostata“ von Englisch, „Prostitution“ von Behrend, „Psychotherapie“ von Schrenk-Notzing, „Puerperium“ von Kleinwächter.

— Dr. A. Liebmann, der bekannte Berliner Spracharzt, hat sich entschlossen, seine Ansichten und Erfahrungen in einem Buche niederzulegen, das er **Vorlesungen über Sprachstörungen** benennt (Verlag von O. Coblentz, Berlin). Heft 1 und 2, enthaltend die Pathologie und Therapie des Stotterns und Stammelns ist bereits erschienen (M. 2.40), im 3. Heft, welches die Pathologie und Therapie der Hörstummheit zum Gegenstand hat, erscheint demnächst.\*) Wer über diese wichtigen Zustände sich genauer orientiren will, wird das Liebmann'sche Buch mit Vortheil benützen. Der Verfasser versteht es, klar und deutlich zu dociren und seine Erfahrungen befähigen ihn, ein sicheres Urtheil abzugeben und — „ein Wort mitzusprechen“.

— **Ueber das Pathologische bei Göthe** veröffentlicht der bekannte Nervenarzt P. J. Möbius bei Joh. Ambr. Barth (Leipzig) ein kleines Werk (Preis: M. 2.40), welches bei den Aerzten gewiss lebhaftes Interesse erregen und eine anregende Lectüre während einiger Mussestunden bilden wird. Der Autor beschäftigt sich mit Göthe's Werken und in einem 2. Theil mit Göthe's Person selbst. Er verwerthet da alle Einzelheiten in seinem Sinne und zieht in geistreicher Weise Schlüsse und Folgerungen aus seinen fleissigen Studien.

---

\*) Ist inzwischen geschehen. Das 58 Seiten starke Heftchen (M. 1.20) giebt uns ein recht anschauliches Bild aller in Betracht kommenden Détails und bringt eine Fülle interessanten und lehrreichen Stoffes.

— Die durch ihre medic. Atlanten wohlbekannte Verlags-  
handlung J. F. Lehmann (München) edirte jüngst ein Anschau-  
ungswerk grösseren Umfanges: **Das menschliche Gehörorgan**  
von Dr. G. Brühl (Preis gebunden M. 6). Die Bilder, welche die  
normalen Grösseverhältnisse um das 3fache übersteigen, geben eine  
überaus klare Vorstellung von dem Aufbau des Organs und bringen  
topographisch wichtige Verhältnisse so klar und deutlich zur  
Anschauung, dass man sich über alle Détails auf das Genaueste  
orientiren kann. Zum Zurechtfinden in pathologischen Veränder-  
ungen wird das Werk gewiss viel beitragen.

— Das von Ebstein und Schwalbe redigirte **Handbuch  
der praktischen Medicin** (Stuttgart, F. Enke) schreitet erfreu-  
licherweise rasch vorwärts. Bereits liegen die Lieferungen 5—8  
(Preis à M. 4) vor, deren Durchsicht uns in der günstigen Be-  
urtheilung des Werkes nur bestärkt hat, das dem Praktiker die  
besten Dienste leisten muss. Wir finden in den genannten Liefer-  
ungen die „Krankheiten der Lungen“ bearbeitet von Prof. Lenhartz,  
„Lungenchirurgie“ von Prof. König, „Krankheiten des Brustfells  
und Mittelfells“ von Prof. Unverricht, „Krankheiten des Herzens  
und der Gefässe“ von Prof. Romberg, „Chirurgie der Blutgefäss-  
drüsen“ von Prof. Braun, „Krankheiten der Lippen, Mundhöhle  
und Speiseröhre“ von Prof. Sticker, „Zahnkrankheiten“ von  
Prof. Scheff, „Krankheiten des Magens“ von Prof. Pel u. s. w.  
Man sieht, wie die Herausgeber es verstanden haben, die ver-  
schiedenen Autoren an die richtige Stelle zu bringen und so das  
Gelingen von vornherein zu sichern. Dass aber das Ganze gelungen  
sein wird, kann man bereits heut sagen.

— Liebreich's **Encyclopädie der Therapie** (Verlag von  
A. Hirschwald, Berlin) ist bereits mehrfach von uns den Collegen  
warm empfohlen worden. Jeder neuerscheinende Theil des Werkes  
zeigt wieder die Brauchbarkeit desselben für die Praxis als Nach-  
schlage- und Hilfsbuch, da man sich in diesem Lexikon rasch und  
gut über alles die Medicin und deren Nebenfächer Betreffende zu  
orientiren vermag. Es ist jetzt die 1. Abtheilung von Band III  
erschienen und wir finden darin die Artikel „Mammaneuralgie“ bis  
„Pharyngitis“ von dem bekannten auserlesenen Stabe der Mitarbeiter  
in präciser Form dargestellt.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

*N<sup>o</sup> 11.*

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*August*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

## **Antiseptis. Asepsis, Desinfection. Asterol als**

**Antisepticum im Vergleich zum Sublimat** wurde jüngst von Fr. Steinmann (chirurg. Klinik Bern) geprüft. Die Versuche hatten folgendes Resultat: Das Asterol ist ein ideales Antisepticum (nur die Giftigkeit einziger Mangel) und hält die Vergleiche mit Sublimat nicht nur vollständig aus, sondern hat vor dem letzteren die wesentlichen Vorzüge, dass es Eiweisslösungen nicht fäلت und Instrumente nicht angreift; es enthält 17% Quecksilberoxyd, also vier Mal weniger als Sublimat, sodass vier Mal stärkere Asterollösungen genommen werden mussten, um den für die antiseptische Wirkung allein maassgebenden gleichen Quecksilbergehalt wie beim Sublimat zu erhalten. In Professor Posner's Poliklinik (Berlin) wurde, wie M. Vertun berichtet, freudig nach dem Mittel gegriffen, da man dachte, in der 4‰igen Asterollösung



endlich ein brauchbares Desinficiens für Katheter zu haben. Doch Versuche ergaben bald, dass diese Lösung weniger baktericid wirkte, als 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Sublimatlösung. Es stellte sich nun heraus, dass Asterol weniger Quecksilber enthielt, als angenommen wurde, nämlich nur etwa 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, sodass erst eine 7<sup>0</sup>/<sub>100</sub>ige Lösung einer 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>igen Sublimatlösung entsprach. Diese beiden Lösungen verhielten sich nun in der That gleichwerthig, aber leider zeigten Versuche, dass diese Asterollösung nicht nur Eiweiss fällte, sondern auch Katheter, Messer u. s. w. verdarb. Schluss: „Das Asterol (Roche) besitzt keinen nennenswerthen Vorzug vor dem Sublimat.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 20.)

— **Xeroform** hat S. Barski in seiner Wirksamkeit studirt und selbst erprobt. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Xeroform ist ein sehr gutes Antisepticum; bei Berührung mit den alkalischen Gewebsflüssigkeiten zerfällt es in Wismuth und Tribromphenol, von denen das erste eine schützende Decke gegen das Eindringen der Bakterien bildet und mit den Pto-mainen und Toxinen unlösliche Verbindungen bildet, die dadurch für den Organismus vollkommen unschädlich gemacht werden; das Tribromphenol wirkt antiseptisch.
2. Das Xeroform besitzt eine grosse Stabilität dem Lichte, der Luft und hoher Temperatur gegenüber, sodass es vor der Anwendung einer Temperatur von 120° C. unterworfen werden kann, ohne dabei zu zerfallen.
3. Es ist geruchlos und wirkt desodorisirend.
4. Es wirkt austrocknend und beschränkt die Wundsecretion.
5. Es begünstigt die Entwicklung gesunder Granulationen.
6. Die Wundheilung wird dadurch bedeutend beschleunigt.
7. Das Xeroform besitzt schmerzstillende und haemostatische Eigenschaften.
8. Dabei ist es ungiftig und reizt weder die Wunden, noch die Umgebung derselben.
9. Es ist billiger als Jodoform.

(Wratsch 1899 No. 13. —

Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 4.)



— **Desinfection der Haut und Hände mittelst Seifenspiritus**

empfiehlt warm Prof. Mikulicz (Breslau). Nach Vereinfachung des Desinfectionsverfahrens strebend, fand er im officinellen Spirit. saponat., einer glücklichen Combination von Seife, Spiritus und Wasser, das gesuchte Desinficiens. Die baktericide Eigenschaft desselben erwies sich bei Versuchen als hervorragend: Keime (*Staphylococcus aureus*) waren schon nach  $\frac{1}{2}$  Minute abgetödtet (bei 1‰ Sublimat erst nach 10 Minuten!). Es stellte sich auch heraus, dass vorausgegangene Wasserwaschung die Wirkung nicht erhöhte, sondern abschwächte. Die weiteren Versuche über Haut- und Handdesinfection wurden daher ohne vorhergehende Wasserwaschung vorgenommen, wobei sich ergab, dass durch eine fünf Minuten dauernde Behandlung der Hände mit kaltem Seifenspiritus ein Resultat erreicht wurde, wie es von den besten Desinfectionsmethoden nicht übertroffen wurde. Bei Operationen verfährt man folgendermaassen: Sind die Hände mit sichtbarem Schmutz verunreinigt, so wird zunächst ein Stückchen Mull in den Seifenspiritus getaucht und damit die Hand abgerieben, bis sie für das Auge gereinigt erscheint; dann werden mit dem Braatz'schen Nagelreiniger die Unternagelräume gesäubert und darauf fünf Minuten lang mit einer sterilen Bürste die Hände in Seifenspiritus bearbeitet (ebenso geschieht die Desinfection des Operationsfeldes). Hervorzuheben ist noch, dass nach dieser Desinfection die Hände selbst nach langdauernden Operationen noch auffallend lange keimfrei bleiben, eine Dauerwirkung, die jedenfalls davon herrührt, dass sich das Mittel recht tief in die Epidermisschichten imbibirt. Die praktischen Versuche in der Klinik bestätigten durchaus den Werth der Methode, sodass Mikulicz überzeugt ist, dass wir im Seifenspiritus ein Mittel besitzen, das sich, ohne Mitankündigung von Wasser, vorzüglich zur Desinfection der Haut und Hände eignet. Ausser seiner Einfachheit hat das Verfahren noch verschiedene andere Vorzüge:

1. Die Entbehrlichkeit der ausgiebigen Wasserwaschung, für den Operirten, besonders wenn er schwächlich ist, nicht ohne Bedeutung. Pat. braucht nicht völlig entkleidet zu werden und entblösst dazuliegen, sondern es genügt, dass man das Operationsfeld und seine nächste Umgebung freilegt. Also weniger Gelegenheit zur Erkältung, auf die Autor das Zustandekommen mancher Pneumonie nach Bauchschnitt zurückführt.
2. Der Zeitgewinn. Fünf Minuten genügen zur Desinfection, was bisher nicht zu erreichen war.
3. Die Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit des Seifenspiritus (die Hände werden absolut nicht angegriffen, wenn man nicht gerade täglich sehr oft operirt), seine Billigkeit und seine Tiefenwirkung, welche es bewirkt, dass die Hände auch bei aseptischen Operationen unter Zwirnhandschuhen lange Zeit keimfrei bleiben, was bei anderen Verfahren (z. B. Alkohol-Sublimat) nicht der Fall ist.

Ein Nachtheil ist, dass die Hände etwas glatt und schlüpfrig werden, selbst wenn man sie mit Mull abtrocknet. Aber man gewöhnt sich daran und wer mit Handschuhen operirt, wie Mikulicz, für den fällt der Nachtheil ganz weg. (Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 24.)

— Die **Wohnungsdesinfection mit Hilfe von Formaldehyd** beleuchtete in einem Vortrage Sanitätsrath Dr. Biesenthal (Berlin), zugleich Schering's combinirten Formalin-Desinfectionsapparat „Aesculap“ demonstrirend, der allen Anforderungen, welche die heutige Wissenschaft an die Desinfection stellt, vollkommen gerecht wird, handlich und billig (nur 60 M.) ist. Die Schering'sche Desinfectionsmethode, bei der das Formalingas aus festen Paraformaldehydpastillen entwickelt wird, hat infolge ihrer ausserordentlichen Einfachheit, der sehr bequemen Handhabung und der Möglichkeit einer peinlich genauen Dosirung des Desinficiens, das zudem noch in völlig unschädlicher Form dargeboten wird, bereits in der Praxis Bedeutung erlangt und eine Anzahl von Arbeiten aus wissenschaftlichen Instituten gezeitigt. So zeigten Hammerl und Kermauner (hygien. Institut Graz)

dass feuchte Objecte besser desinficirt werden, als trockene und dass bei Verdampfung von Wasser im Desinfectionsraum die Desinfectionswirkung des Formaldehyds bedeutend erhöht wird. Betrug die verdampfte Wassermenge ca. 3 Liter pro 100 cbm, so zeigte es sich, dass bei Anwendung von 2 Formalinpastillen pro cbm Raum alle ausgelegten Keime, wie Staphylokokken, Streptokokken, *Bacterium coli*, Typhus-, Cholera-, Diphtheritisbacillen etc. abgetödtet wurden, gleichgiltig ob die Objecte feucht oder trocken ausgelegt worden waren. Die bedeutendste Arbeit über den Gegenstand aber lieferte Prof. Flügge, der 2 Jahre hindurch Versuche machte (hygien. Institut Breslau). Derselbe verlangt von einem zur praktischen Desinfection geeigneten gasförmigen Desinfectionsmittel, dass:

1. es sich leicht und sicher in bestimmter, wenn möglich controllirbarer Concentration in einem Raume herstellen lässt und dass bei Concentration innerhalb einer bestimmten Zeit eine Abtödtung der Krankheitserreger eintritt;
2. es bis in eine gewisse Tiefe der Objecte eindringt;
3. es keine Beschädigung der Gebrauchsgegenstände herbeiführt und keinen Geruch hinterlässt;
4. es nicht theuer ist.

Flügge ist es nun nach 2jährigen Versuchen gelungen, ein für die Praxis brauchbares Formaldehyddesinfectionsverfahren auszuarbeiten, das allen bisher angewandten Methoden der Wohnungsdesinfection weit überlegen ist und allen genannten Bedingungen entspricht. Es setzt sich aus folgenden Factoren zusammen:

- a) Fachgemässe Vorbereitung des zu desinficirenden Raumes für die Desinfection durch sorgfältige Abdichtung des Zimmers, Abrücken der Bettstellen etc., Oeffnen der Schränke, freies, möglichst faltenloses Aufhängen von Betten, Kleidern, Decken etc.
- b) Sonderdesinfection gewisser Objecte (Einlegen von Wäsche etc. in Sublimatlösung, Anfeuchtung grobverschmutzter Stellen des Fussbodens mit Sublimatlösung). Bei gewissen Krankheiten Desinfection der Matratzen und Betten durch Wasserdampf.



- c) Entwicklung der erforderlichen Formalingasmenge in Combination mit Wasserdämpfen.
- d) Beseitigung des Formalingeruchs durch Ammoniak.

Also auch nach Flügge ist zur Sicherung des Desinfectionserfolges eine Sättigung der Luft mit Feuchtigkeit erforderlich, sodass also neben der Formalingasentwicklung eine Wasserverdampfung zu bewirken ist. Flügge hält 3 Liter Wasser pro 100 cbm. Raum für nothwendig; bei Anwendung von 250 g Formaldehyd pro 100 cbm ist unter diesen Bedingungen die Formalindesinfection in 7 Stunden beendet, d. h. in dieser Zeit ist auf eine sichere Abtödtung der Krankheitserreger zu rechnen. Man hat es jedoch in der Hand, durch Erhöhung des Formaldehydquantums die Desinfectionsdauer herabzusetzen. So kann man z. B. durch Entwicklung von 500 gr Formalingas pro 100 cbm den Desinfectionserfolg bereits in  $3\frac{1}{2}$  Stunden erreichen, was für manche Fälle in der Praxis von Bedeutung sein kann. Das Verfahren ist nicht theurer, als die bisherigen, da Formalinpastillen jetzt nur 20 M. pro Kilo kosten und der Schering'sche Apparat, der jetzt mit einem Wasserdampfentwickler combinirt ist, für 60 M. zu haben ist. Dabei brauchen keine Sachen mehr aus dem Hause geschafft zu werden, es wird nichts ruinirt, die Räume sind nach Desodorisirung durch Ammoniakdämpfe sofort wieder bewohnbar. Anwendbar ist das Verfahren nach Flügge besonders bei Diphtherie, Scharlach, Masern, Tuberculose und Influenza. Bei Cholera, Typhus, Dysenterie soll nach Flügge von der Formalindesinfection, da ein tiefes Eindringen der Krankheitserreger in Betten, Matratzen etc. in Frage kommt, abgesehen und die bisherige Desinfection auf Dampfdesinfection für Betten etc., Abwaschen der näheren Umgebung des Bettes mit Sublimat- oder Carbollösung und Abortdesinfection mit Kalkmilch beschränkt werden. Bei Kindbettfieber, Pest und Cholera ist neben der Formalindesinfection eine Sterilisirung der Matratzen und Betten durch Dampf nothwendig. Die Formalingasdesinfection hat Flügge selbst in zahlreichen Fällen, unter den verschiedensten Umständen, in der Praxis erprobt, von den kleinsten Wohnungen bis zu ganzen Etagen und er hat



sich von der vollen Wirkung stets überzeugt. Es muss danach als durchaus unwahrscheinlich bezeichnet werden, dass in einer Wohnung, die lege artis mit Formaldehyd desinficirt worden ist, eine Infection durch Krankheitserreger zustande kommen kann, die im Wohnungsraum und an den dort befindlichen Utensilien Leben und Virulenz erhalten hatten. Mit geringen Kosten einen wirksamen Schutz gegen Infectionsgefahr zu erlangen, diese Frage ist durch das Schering'sche Verfahren gelöst! Die Firma liefert ausser dem Apparat alle zur Vorbereitung etc. erforderlichen Objecte und giebt auch genaue Vorschriften mit. Diese müssen strict innegehalten werden, soll die Methode wirklich glänzende Erfolge haben. Schon das Zimmer muss sachgemäss vorbereitet werden. Zunächst bereiten die Desinfectoren eine Sublimatlösung, füllen diese in Eimer und thun da Bettbezüge, grobbeschmutzte Wäsche etc. hinein; mit der gleichen Lösung (1 Sublimatpastille, 2 Theelöffel Kochsalz auf 2 Liter Wasser) werden grobbeschmutzte Stellen des Fussbodens und der am Bett befindlichen Wand befeuchtet. Man rückt nun die Möbel von den Wänden ab, öffnet Schränke, Schubladen und sonstige Behälter, hängt auf ein Gestell (oder Leinen) Betten, Kleider etc. möglichst frei und faltenlos, wendet die Taschen der Kleider nach aussen, klappt Kragen auf u. s. w. Nun kommt — wovon der Desinfectionserfolg sehr abhängt — die penibelste Dichtung der Fenster, Thüren etc. mit Sublimatwattestreifen, der Ritzen und Spalten mit Kitt, Papier und dergl. Darauf wird für je 100 cbm Raum 1 Apparat „Aesculap“ aufgestellt, mit Spiritus in vorgeschriebener Menge, mit Wasser und 250 Formalinpastillen armirt, angezündet und die Wohnung 7 Stunden verschlossen. Sodann wird von aussen durchs Schlüsselloch durch einen Apparat Ammoniakgas in die Räume geleitet, das den Formalingeruch wegnimmt und die Zimmer schon nach 1 Stunde wieder bewohnbar macht, die nunmehr als keimfrei betrachtet werden können.

(20. Versammlung der Balneolog. Gesellschaft zu Berlin. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1899 No. 41/42.)

- Professor Kobert hat ebenfalls, als er noch in Görbersdorf war, den **Schering'schen Apparat** hundertfach angewandt und damit sehr befriedigende Resultate erzielt; er hofft, dass es bald keinen noch so kleinen Ort mehr geben wird, wo nicht dieser oder ein analoger Desinfectionsapparat zur Benützung bereit steht. Freilich müsste auch Phthisis pulmonum zu den Krankheiten gehören, wo zwangsweise desinficirt wird. Besonders in grossen Städten giebt es wohl kaum eine Wohnung, wo nicht einmal ein Phthisiker gelebt und die Räume inficirt hat. Ehe nicht gesetzlich bestimmt wird, dass wenigstens bei jedem Umziehen des Miethers die Wohnung desinficirt werden muss, sind alle unsere Bemühungen, die Tuberculosegefahr einzudämmen, vergebliche!

(Rostocker Aerzteverein, 11. März 1899. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 22.)

**Combustio.** Dr. Fr. E. Mueller (Lübeck) verwendet **reines Ichthyol** bei C. und schreibt darüber u. A.: „Ich trage das reine Ichthyol auf das Verbrennungsfeld messerrückendick auf und streue reichlich Talkpulver darauf. Dann umhülle ich alles mit viel Verbandwatte und befestige den Verband mit weicher Binde. Das heftige Brennen beim Aufstreichen des reinen Ichthyols verliert sich in 10–30 Minuten, je nach dem Grad der Verbrennung und es bleibt nicht das geringste Wundgefühl an den verbrannten Stellen übrig. Der Verband wird nicht gewechselt und nach 3–5 Tagen entfernt, dann ist alles heil! Dieser ideale Verlauf tritt regelmässig ein bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades, wenn man so rasch mit dem Ichthyol zur Stelle war, dass die Blasen ihren dünnflüssigen Inhalt auf Anschneiden noch vollständig entleeren konnten. Ist der Inhalt grosser Brandblasen schon trüb und gallertartig geworden, oder sind die Brandblasen zerborsten, so ist es nöthig, dieselben vor dem Aufbringen des Ichthyols schonend abzutragen. Dasselbe geschieht mit losen nekrotischen Theilen bei Verbrennungen dritten Grades. Jede Desinfection unterbleibt als zwecklos. Auch bei den schweren Verbrennungen schwindet der Brandschmerz vollständig. Aber wenn der Verband

dabei am zweiten Tage durchnässt, stellt sich sogleich Schmerz ein. Dann ist der Verband, soweit nöthig, zu lösen, neues Ichthyol aufzubringen und frische Watte überzulegen. Da nun aber die Entfernung des reinen Ichthyolverbandes ziemlich schmerzhaft ist, so lange die Heilung nämlich noch nicht vollendet ist, so habe ich in allen schweren Fällen, wenn sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehen liess, dass die zu starke Secretion eine Heilung unterm ersten Verband verhindern werde, statt des reinen Ichthyolverbandes Ichthyolvasogencompressen angewendet, die zwei Mal täglich bequem erneuert werden konnten. Da das Ichthyol ziemlich theuer ist, empfiehlt es sich gerade bei ausgedehnten Verbrennungen, gleich von Anfang an Ichthyolvasogen anzuwenden. Für umschriebene Verbrennungen jedoch ist die reine Ichthyolbehandlung geradezu ideal und ich kann sie daher nur angelegentlichst empfehlen.“

(Aerztl. Rundschau 1899 No. 21.)

### **Congelatio.** Kaposi empfiehlt:

Rp.

*Camphor.* 1,0

*Cer. alb.* 40,0

*Ol. Lin.* 80,0

*Bals. Peruv.* 1,5

M. f. ung.

(Allgem. Wiener medic. Ztg., März 1899.)

**Diabetes.** Ueber **Natr. salicyl.** bei **Diabetes mellitus** lässt sich Prof. M. Litten (Berlin) aus, der sich seit Jahren in zahlreichen Fällen dieses Mittels bedient und von der Wirksamkeit desselben bei vielen quälenden Symptomen des Leidens mehr und mehr überzeugte. Als Antidiabeticum ist es werthlos; zwar sieht man bei jeder Form des D. gelegentlich nach seinem Gebrauch den Zucker heruntergehen und geringe vorübergehende Beeinflussungen der Zuckerausscheidung im günstigen Sinne dürfen sogar als Regel gelten, aber für die Behandlung des D. selbst hat das nichts zu bedeuten, weil eben die Wirkung, lediglich auf Herabsetzung des Stoffwechsels bei



Darreichung des Mittels beruhend, nicht constant und gesetzmässig ist. Sehr gross ist aber der Werth des *Natr. salicyl.* bei der symptomatischen Therapie des D. und besonders die „nervösen“ Symptome des Leidens reagiren sehr prompt auf das Mittel. So bewährte es sich fast ausnahmslos gegen noch so hartnäckigen Pruritus und colossale, durch Kratzen hervorgerufene Ekzeme brachte es dadurch zum Verschwinden (in den seltenen Fällen, wo der Juckreiz unbeeinflusst blieb, wirkte Theer gut!); auch die neuralgischen Schmerzen, wie sie bei D. nicht selten sind (besonders in Armen, Beinen), Ischias, Intercostalneuralgien, verschwanden in der Regel bald bei Ordination des *Natr. salicyl.*, desgleichen Polyurie, Polydipsie, Polyphagie. Man kommt stets mit einer Lösung von 8:200 (2–3-stündlich 1 Esslöffel, Kinder ein Theelöffel) aus; wo diese nicht hilft, wirken auch grössere Gaben nicht. — Gegen die diabetischen Schweisse (auch gegen solche bei Phthise, Leukämie etc.) empfiehlt Litten sehr die Eichenrinde, richtig zubereitet. Man nehme einen abgestrichenen Esslöffel der gepulverten (nicht geraspelten! also *Cortex quercus pulver.*, nicht *concis.*!) Rinde, übergiesse das Pulver mit einem Tassenkopf kochenden Wassers, lasse den Thee eine Weile (nicht über  $\frac{1}{4}$  Stunde) ziehen, colire durch ein Tuch und gebe den Thee nach völliger Erkaltung dem Pat. zum langsamen Trinken.

(Die Therapie der Gegenwart 1899 No. 3.)

- Ueber die **Einwirkung des D. mellitus auf die weiblichen Genitalien** lässt sich P. Danckworth aus. Nach den Erfahrungen der Hallenser Frauenklinik kommt Pruritus vulvae als erstes Symptom in 20% der Fälle vor (doch findet sich Pruritus auch sehr häufig, ohne dass Zucker im Harn ist). Vorzeitiges Klimacterium durch Atrophie des Uterus, der Ovarien etc. ist relativ häufig. Der D. kann auch zu Schleimhauterkrankungen des Uterus führen. Die Klimax künstlich durch Castration herbeizuführen ist unstatthaft. In Schwangerschaft und Wochenbett ist die physiologische Glykosurie vom eigentlichen D. zu trennen. Schwangerschaft kann eintreten, jedoch meist nur im Beginn der Krankheit, auch können Schwangere von D. befallen werden, ohne



dass sie etwa besonders dazu prädisponiren. In  $\frac{1}{3}$  der Fälle tritt vorzeitige Unterbrechung der Gravidität ein. In einer Anzahl von Fällen wurde Hydramnion beobachtet. Geburt und Wochenbett werden vom D. nicht beeinflusst (nur Milchmangel kommt vor!), aber der D. erfährt durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gewöhnlich eine Verschlimmerung. Selten tritt Koma während dieser Perioden ein, endigt aber dann stets letal. Künstliche Unterbrechung bei diabetischen Frauen ist nie indicirt. Das Stillen ist zu untersagen. Diabetische Frauen sind vor dem Eingang der Ehe zu warnen.

(Inaug.-Dissert. Halle a. S. 1896. —  
Centralblatt für Gynaekologie 1899 No. 23.)

**Dyspnoë.** **Oxycampher**, ein Campherderivat, in dem ein Wasserstoffatom des Campher-moleküls durch die Hydroxylgruppe ersetzt ist, ist nach Ehrlich ein Sedativum mit specifischer Wirkung auf das Athmungscentrum. Es zeigte sich von besonders günstigem Einfluss bei der quälenden Dyspnoë, welche bei vorgeschrittenen Phthisen und Herzaffectationen das Krankheitsbild beherrscht; die Phthisiker bekamen ruhige Athmung und besseren Schlaf und auch Pat. mit Myodegeneratio cordis, Herzinsuffizienz mit Stauungserscheinungen (Mitralinsuffizienz und Stenose, Aorteninsuffizienz, Arteriosklerose mit stenocardischen Anfällen) fühlten sich recht erleichtert. Dosis 1—2—3 gr pro die. Keine unangenehmen Nebenwirkungen. Da die Form der Darreichung als Pulver, Tabletten etc. sich nicht bewährte, bringt jetzt die Fabrik eine sehr haltbare 50%ige alkoholische Lösung, „Oxaphor“ in den Handel, die folgendermaassen gegeben wird:

Rp.

*Oxaphor. 10,0*

*Spir. vin 30,0*

*Syr. Cort. aur. 20,0*

*Aq. dest. ad 150,0*

S. 3 Mal tägl. 1 Esslöffel.

(Centralblatt f. die ges. Therapie 1899 No. 1/2.)

— **Oxycampher** empfiehlt auch R. Jacobson auf Grund seiner an der III. medic. Klinik in Berlin (Senator) gemachten Erfahrungen. Das Mittel kam zuerst in Form von Pul-

vern (à 0,5) in den Handel und als sich diese zu wenig haltbar erwiesen, in Form von Oxaphor (Farbwerke Höchst a. M.), die sich auch bewährte:

**Rp.**

*Oxaphor. 10,0*

*Spir. vin. 20,0*

*Succ. Liq. 10,0*

*Aq. dest. ad 150,0*

S. 3 Mal tägl. 1 Esslöffel.

Es zeigte sich fast stets sehr deutlich die Herabsetzung der Erregbarkeit des Athemcentrums bei den 18 Fällen, wo das Mittel zur Anwendung kam und zwar bei den 9 Fällen von Lungenkrankheiten (Phthisis, Emphysema, Bronchitis chron.), wo nur 1 Mal das Mittel versagte, sonst prompt wirkte, bei den 6 Fällen von Herzleiden (auch nur 1 Misserfolg) und den 4 Fällen von Nierenaffectionen (stets guter Erfolg). Auch Prof. Senator hatte bei 4 Privatpatienten (2 Mal chronische Nephritis mit Asthma, 1 Mal Angina pectoris, 1 Mal Emphysem) recht befriedigende palliative Wirkung auf die D. zu verzeichnen. Ausser etwas Uebelkeit und Erbrechen bei 2 Pat. nie unangenehme Nebenwirkungen. So hat Autor den Eindruck gewonnen, dass Oxycampher ein zur symptomatischen Bekämpfung dyspnoischer Zustände bei Lungen-, Herz- und Nierenkrankheiten recht brauchbares Mittel ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 16).

— Als vorzügliches Sedativum bei D. empfiehlt aufs Neue Mackie das **Paraldehyd**, mit dem er seit seiner ersten Empfehlung wieder in 2 Fällen sehr gute Erfolge erzielt hat. Zwar tritt auch hier allmählig Gewöhnung ein, doch nicht in dem Grade, wie bei anderen Narcoticis.

(The Lancet 1899 No. 9. — Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 20).

**Furunculose.** Ein Verfahren, F. auf einfache Weise in relativ kurzer Zeit zu beseitigen, giebt Dr. A. Philippson (Hamburg) an. Einen vollentwickelten Furunkel (d. h. einen Knoten von ca. Haselnussgrösse, der ohne Austossung eines gangränösen Zapfens einer RepARATION nicht mehr fähig ist) bedeckt er mit einem Stück

50% Salicylpflaster (z. B. von König in Bückeburg vorzüglich hergestellt). Der Furunkel wird nicht nur maceriert, sondern im Centrum von der Salicylsäure förmlich angefressen, sodass der nekrobiotische Process wesentlich beschleunigt wird. Nichts wäre daher widersinniger, als das Pflaster in der Mitte zu perforiren. Man erneuert es 3—4 Mal am Tage, um den gebildeten Eiter zu entfernen, was am besten mit in Aether oder Aetherspiritus getränkter Wundwatte geschieht, da hierdurch Eiterkrusten am besten losgelöst werden. Meist schon nach 24 Stunden Lockerung des Pfropfes, ebensorasch Erweichung des peripheren Walles, Nachbehandlung mit demselben Pflaster, da unter demselben Granulationsbildung und endgiltige Heilung erfolgt. Auch die Nachbarschaft ist geschützt; wohin das Pflaster kommt, da wächst kein neuer Furunkel. Auch der Carbunkel wird so behandelt, höchstens dass man zur Steigerung der Wirksamkeit des Pflasters darüber noch Breiumschläge macht. Häufig erzielen tiefe Punctionen mit dem Thermokauter eine wesentliche Abkürzung des Processes. Zeigt sich das periphere Gewebe hart infiltrirt, ein Beweis, dass der Process im Fortschreiten begriffen ist, so sind tiefe Einschnitte nicht zu umgehen, die ebenso wie die Carbunkel selbst mit dem Pflaster bedeckt werden; meist nach 24 Stunden präsentirt sich dann an einer Stelle des Schnittes eine nekrotische Stelle und der weitere Verlauf ist der gleiche, wie beim Furunkel. Bei Furunkeln des Gesichts, die besonders zur Septikämie disponiren, z. B. beim Sitz an der Oberlippe, da darf man sich nicht auf Umschläge, Pflaster, selbst nicht auf einen Kreuzschnitt verlassen, sondern man muss mit dem Spitzbrenner tief ins Centrum eindringen, vorsichtig mit einem kleinen scharfen Löffel den gesetzten Brandschorf entfernen und reine Salicylsäure mit einem Hölzchen in die Wände des Ganges reiben und den Furunkel dann mit dem Pflaster bedecken. Meist pflegt dann sofort Schmerz und Spannung nachzulassen; immerhin muss in kurzen Zwischenräumen der Process überwacht werden, bis alles Gewebe erweicht ist. Wie behandelt man nun jene kleinen Furunkel und hindert die noch in der Haut steckenden Keime am Auswachsen? Das Letzte erreicht man



sehr einfach, indem man 3 Mal täglich die ganze infectirte Gegend mit auf Watte gegossenem Alkohol, officinelltem Spiritus oder Benzoëspiritus (Tinct. benz. 10: Spirit. 200) gehörig abreiben lässt. Manche kleinen Furunkel vertrocknen auch schon unter dieser Waschung, die in Bildung begriffenen schrumpfen zusammen, die ganze behandelte Fläche bleibt steril. Will man kleinere Knoten von etwa Kirschengrösse sicher durch einfache Waschungen beseitigen, so benütze man 2%igen Salicyls spiritus. Autor lässt immer noch 14 Tage nach Verschwinden des letzten Furunkels, Morgens und Abends, die Waschung vornehmen. Natürlich müssen auch event. Allgemeinleiden behandelt werden. Bei Bädern muss man vorsichtig sein, weil jede Auflockerung der Haut die Gefahr der leichteren Bakterienbesiedelung in sich schliesst. Will man auf diesen Heilfactor nicht verzichten, so hat jedenfalls unmittelbar nach jedem Bad die folgende dermatologische Behandlung einzutreten, wie sie auch bei der generalisirten F. Platz zu greifen hat. Bei ausgebildeten Furunkeln ist natürlich die Behandlung die gleiche wie oben, zur Prophylaxe und Vernichtung frisch aufgegangener Keime würde auch Spiritus mit Benzoë oder Salicyl geeignet sein, der grossen Flächenausdehnung wegen applicirt man aber lieber Salbe und zwar 2 $\frac{1}{2}$ % Salicylvaseline, täglich 1 Mal (nach dem Waschen oder Bade). Sind bei solchen Einreibungen ca. 8 Tage keine Knötchen aufgetreten, so beginne man erst wieder mit dem Schmieren, sobald neue auftauchen: ebenso wird man danach trachten, bei nur gruppenweisem Auftreten kleinere Parthieen, bei unregelmässiger Aussaat grosse Flächen zu behandeln. Bei F. kleiner Kinder, wo man sonst alle sich bildenden Abscesse zu incidiren gezwungen ist, genügt nach Philippson einfaches Belegen grosser Strecken (wie Rücken und Gesäss) mit 50%igem Salicylpflaster, um nicht allein die cutanen und subcutanen Knoten zum Verschwinden zu bringen, sondern auch ihr Wiederauftreten gänzlich zu verhindern.

(Therap. Beilage No. 5  
zur Deutschen medic. Wochenschrift 1893.)

— „Furunkel in der Augenbrauengegend“ — schreibt Dr. Wolffberg (Breslau) — „sind nicht selten und meistens ungewöhnlich schmerzhaft. Solange sie noch im Ent-



stehen sind, gelingt es zuweilen durch fleissige Abreibungen mit Formalinspiritus, sie zu coupiren. Man nimmt auf Spirit. dilut. (70%) etwa 2 gr Formaldehyd. solut. In vorgeschrittenen Fällen scheint das amerikanische Emplastr. Hydrarg. zuweilen günstigen Einfluss zu haben. In einem jüngst von mir behandelten Falle, in welchem der Furunkel sich unaufhaltsam ausbreitete, derbe Infiltration bis in die Tarsusgegend des Oberlides bewirkte, zu schmerzhafter Schwellung der Praeauricular- und der seitlichen Halsdrüsen führte, machte ich eine eigenthümliche Erfahrung. Es wurde fleissig kataplasmiert und da die Lymphdrüsen-schwellung zunahm, wurde unter Aethylchlorid ein tiefer Einstich gemacht, worauf sehr wenig dickflüssiger Eiter in einigen Tropfen heraustrat. Aus ähnlichen Fällen ist bekannt, dass es durch sanften gleichmässigen Druck oft gelingt, nachträglich noch überraschend viel Eiter, mitunter einen Pfropf, zu Tage zu fördern. Diese Procedur auszuführen, wurde ich durch einen schweren Ohnmachtsanfall des Pat. gehindert. Es wurde in aller Eile die kaum noch sichtbare Einstichstelle mit Airolsalbe bestrichen, Watte darauf gethan und ein richtiger Monocolus angelegt. Anderen Tags war die Oeffnung verklebt, die Lidschwellung sehr verringert, die Drüsen kaum noch geschwollen. Der Furunkel heilte nun in wenigen Tagen vollständig aus, ohne dass irgend etwas anderes ausser dem Schutzverbande gemacht worden wäre.“

(Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges, 18. März 1899.)

- **Lanolin resp. Adeps lanae als aufsaugungsbeförderndes Mittel bei Drüsenumoren** lernte Dr. A. C. Frickenhaus bei sich selbst schätzen, als er von einer immer wieder recidivirenden F. am Stamm befallen wurde, wobei sich stets im Anschluss an einen Furunkelschub recht schmerzhaftige Schwellung der beiderseitigen Achseldrüsen entwickelte. Jodkalium innerlich und das an unbehaarten Stellen sonst vorzügliche Quecksilbercarbolpflaster liessen im Stich, bis Autor wegen entstehender Quecksilberfolliculitis eines Abends einige ausgiebige Einreibungen von Lanolin-

cream vornahm. Die Schwellung der Lymphdrüsen war schon am nächsten Morgen erheblich zurückgegangen und es gelang auch weiter, die jeweiligen Drüsenschwellungen stets im Verlaufe weniger Tage zu beseitigen; besonders angenehm wurde auch die schmerzstillende Wirkung empfunden. In einem Falle von Angina tonsillaris mit erheblicher Schwellung der Mandeln und recht schmerzhaftem Schlucken brachte ein ergiebiger Lanolinpriessnitz erhebliche Erleichterung und die Schlingbeschwerden verschwanden über Nacht. Ueber die Art, wie Lanolin als Resorbens wirkt, weiss Autor freilich nichts zu sagen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1899, Bd. 28 No. 11.)

**Gonorrhöe. Largin**, ein neues organisches Silberpräparat, über das schon mehrfache günstige Besprechungen vorliegen, hat auch Dr. Stark (Thorn) mit gutem Erfolge bei acuter und subacuter Urethritis anterior angewandt (Injectionen von 5–30 Minuten Dauer mit  $\frac{1}{4}$ –1%iger Lösung). Die Gonokokken verschwanden in kürzester Zeit und Reizerscheinungen traten nicht auf. Bei Urethritis poster. versagte das Mittel. In einem Falle von notorischer beginnender G. wirkten Injectionen von  $\frac{1}{2}$ %iger Lösung (6 Mal täglich) direct coupirend.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. 28 No. 10, 1899.)

— Dr. J. Brandl (Wien, Prof. v. Hebra's Abtheilung im Krankenhaus Wieden) meldet von über 100 mit **Protargol** behandelten Fällen von männlicher G., wo er folgende Resultate verzeichnet:

1. Urethritis blennorrhagica anter. acuta: Den Pat. wurden im acutesten Stadium Balsamica, reizlose Diät, Betruhe verordnet. Dann, nach Ablauf der heftigsten Entzündungserscheinungen, 3 Mal täglich Einspritzung einer Spritze  $\frac{1}{2}$ %iger Lösung, die 10 Minuten lang in der Harnröhre belassen wurde. Die meisten Pat. gaben an, dass sie die Flüssigkeit kaum oder gar nicht verspürten. In 3–4 Wochen schwanden Ausfluss und Kokken, Pat. waren geheilt.

2. Urethritis blennorrhagica anter. chronica: Täglich 3 Mal Injectionen, im Anfange mit  $\frac{1}{2}\%$ iger, ansteigend bis  $2\%$ iger Lösung. In der Regel schwanden Fäden und Gonokokken in 3—4 Wochen.
3. Urethritis blennorrhagica poster. chronica (6 Fälle): Einspritzungen erst täglich (resp. alle 2 Tage) von 1 cm<sup>3</sup> einer  $5\%$ igen Lösung in die Pars posterior (mittels Guyon'schen Katheters), nach 4—5 Injectionen stärkere Lösung u. s. w. bis zu  $10\%$ iger. Ausser leichtem, höchstens 5 Minuten währendem Brennen keine Beschwerden. Nach 3—6 wöchentlicher Behandlung vollständige Heilung, keine Recidive.

„Das Protargol bedeutet demnach eine wesentliche Bereicherung unserer Trippermittel und verdient namentlich dort besondere Beachtung, wo es sich um Anwendung concentrirter Lösungen bei empfindlichen Individuen handelt.“

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1899 No. 22.)

— Ueber **gonorrhöische Sehnenscheidenentzündung** lässt sich Landgerichtsarzt Dr. Wetzel (Schweinfurt) folgendermaassen aus: „Dass ein Tripper unter Umständen nicht nur eine unangenehme, sondern auch gefährliche Krankheit sein kann, ist bekannt. Gelegentlich entsteht durch Fortkriechen der Entzündung eine Pyelitis. Ich habe auch schon einen Fall von allgemeiner Peritonitis bei acutem Tripper erlebt, bei dem der Annahme nichts im Wege steht, dass die Entzündung auf dem Wege, den das Vas deferens durch die Bauchhöhle macht, fortgeleitet worden sei. Auch nach Defloration durch tripperkranke Männer wurde Peritonitis beobachtet. Bekannt sind ferner Metastasen in den Sehnenscheiden, wie in nachfolgendem Fall: Der schwächliche Pat. hatte vor 14 Tagen einen Tripper acquirirt. Er erkrankte fieberhaft, sodass man glaubte, Influenza vor sich zu haben, bis der Tripper entdeckt wurde. 4 Tage später, nachdem das Fieber bereits nachgelassen hatte, entstand am linken Handrücken eine entzündete, äusserst schmerzhaft Stelle, der Handrücken wurde ödematös, die Infiltration erstreckte sich bis auf den Vorderarm. Als dann eine Gewebslücke in der Mitte entdeckt werden konnte, wurde in Narkose incidirt, man

gelangte auf die Strecksehne des Mittelfingers und entleerte Eiter, vermischt mit seröser, trüber, fadenziehender Flüssigkeit. In demselben wurden keine Gonokokken entdeckt. Die Sehne sah ein paar Tage etwas zerfasert und verdächtig weiss aus, überzog sich aber bald mit Granulationen und die Affection heilte ohne Nachtheil. — Was wäre nun geschehen, wenn die Sehne abgestorben wäre? Ich bin in der Lage, diese Frage an Hand nachfolgender Erfahrung beantworten zu können: Ein Locomotivführer hatte sich durch eine kleine Verletzung eine sehr schwere septische Phlegmone des Arms zugezogen, in deren Verlauf die Strecksehne des 3. und 4. Fingers zu Verlust gingen. Zu allgemeiner Freude stellte sich nach der Heilung auch die Functionsfähigkeit der Finger wieder völlig ein. Dies erklärt sich nach Hyrtl in folgender Weise: Bei geballter Faust ist es nicht möglich, den 3., 4. oder 5. Finger isolirt so stark zu strecken, wie alle 3 miteinander, weil zwischen den Strecksehnern dieser Finger transversale Bindegewebsleisten vorhanden sind. Diese finden sich zwischen dem 3. und 4. und 4. und 5. Finger, sollen aber nach Bardeleben und Häckel auch zwischen Zeige- und Mittelfinger vorhanden sein. Es ist daher die Möglichkeit gegeben, dass bei Verlust einer Strecksehne deren Function von ihren Kameraden übernommen wird, falls der Verlust der Sehne nicht über diese queren Verbindungen hinaus geht. Die Sehnenscheidenentzündung am Handrücken ist also quoad functionem lange nicht so schlimm, als die in der *Volæ manus*, hat aber eine andere bedenkliche Seite wegen der Nähe des Handgelenks. Denn von Hyrtl angestellte Injectionsversuche haben ergeben, dass bei Füllung des Handgelenks die Injectionsmasse leicht in die Strecksehnenscheide übertritt, wobei es Hyrtl unentschieden lässt, ob eine primäre Communication vorhanden ist, oder ob das dünne Diaphragma durch den Druck der Injectionsflüssigkeit gesprengt wird, und dass also bei eitrigen Entzündungen der Strecksehnenscheide nicht zu injiciren ist, weil die Injectionsmasse durch das Diaphragma in das Gelenk gelangen dürfte.



**Intoxicationen.** Einen Fall von Naphthalinvergiftung

beobachtete Dr. M. Zangerle (medic. Poliklinik, Marburg). Ein zum Sammeln von Fallholz in den Wald geschickter 12jähriger Knabe kam wider Erwarten erst Abends 9 Uhr in einem Zustand nach Hause, den der Vater für einen Rausch nach dem Genuss von Alkohol hielt. Der Knabe zeigte taumelnden Gang, war halb bewusstlos, sprach kein Wort, reagierte nicht auf die körperliche Züchtigung seines Vaters, gab auf Fragen keine Antwort. Von den Kameraden seines Jungen erfuhr der Vater, dass sein Sohn keinen Alkohol genossen hätte, auch keine Beeren im Walde, wohl aber 2 „Bonbons“, die ihm ein Schulgenosse gegeben habe, worauf allmählig die Erkrankung eingetreten sei. Der Vater gab daraufhin, um Erbrechen zu erzeugen, dem Pat. grosse Mengen Milch und Zucker, was auch wirklich bald Erbrechen machte. Am nächsten Morgen wurde Autor geholt. Er fand den Jungen zwar noch etwas müde und schläfrig, sonst aber war alles normal, sodass eine Behandlung unterbleiben konnte. Es stellte sich heraus, dass jene Bonbons (auch ein anderer Knabe hatte davon, aber nur einen, gegessen, war darauf ebenfalls, aber noch leichter erkrankt) in einer Droguerie als Mottenmittel verkaufte „Naphthalincamphertabletten“ wären. Die Untersuchung zeigte nun, dass Campher darin gar nicht vorhanden war, sondern dass die wie Zucker aussehenden, ca. 2 gr wiegenden Tabletten nur aus mechanisch zusammengepresstem Naphthalin bestanden, welches letzteres sich als durchaus rein erwies. Dass auch solches durchaus nicht harmlos ist, wie man gewöhnlich annimmt, zeigt obiger Fall, zeigen auch einige in der Litteratur niedergelegte Fälle. Evers berichtete (1884) über eine an sich selbst beobachtete chronische Erkrankung, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, juckendes Ekzem an beiden Unterschenkeln, die er auf Vergiftung mit Naphthalin zurückführte, das roh in seiner Wohnung auf Polstermöbeln hingestreut war. Schon wenige Tage nach Verlassen der Wohnung verloren sich die Erscheinungen, um sofort beim Wiederbeziehen der Räume wieder zu erscheinen. Einen Fall von Naphthalinvergiftung bei einem Typhuskranken beschrieb

Götze (1884). Der Pat. hatte 3 Tage je 6 gr pro die bekommen, dann je 7 gr. Am Abend des 6. Tages Pat. bei körperlich vorzüglichem Befinden deprimirt, unruhig. Als er Tags darauf wieder 7 gr erhielt, phantasirte er die ganze Nacht, Harn und Faeces gingen unwillkürlich ab. Am anderen Morgen war Pat. unklar, verwirrt, Respiration mühsam, abgesetzt, Lippen und Wangen leicht cyanotisch, mitunter leichte Zuckungen über den ganzen Körper, Arme, Hände und Gesichtsmuskeln in fortwährender lebhafter Bewegung; Puls dabei regelmässig (92), Temperatur fast normal, Harn dunkelbraun, beim Stehen am Licht rasch fast tintenschwarz. Nach Aussetzen des Naphthalins Erscheinungen binnen 4 Tagen völlig verschwunden. Endlich sah Fronmüller (1883) 3 Intoxicationen nach äusserlicher Application von Naphthalin auf Wunden: Plötzlich auftretendes Fieber, starke Pulsfrequenz, 2 Mal mit Schüttelfrost beginnend, Appetitlosigkeit, Durst, Kopfschmerz; 1 Mal Prostrationsgefahr, unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin, maniakalische Aufregung; 1 Mal Urin sehr eiweissaltig, mit Cylindern im Sediment, 1 Mal dunkel, ebenfalls mit viel Eiweiss.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 2.)

— Eine **eigenartige Naphthalinvergiftung** erlebte auch Dr. Gyula (Budapest). 16-jähriger Pat. leidet seit einigen Wochen an täglich wiederkehrenden Anfällen von heftigstem Kopfschmerz und starkem Brechreiz, die immer Nachmittags, stets nach Erwachen aus dem Nachmittagsschläfchen auftreten, 1–2 Stunden dauern und erst nach Herumgehen im Freien verschwinden. Die Untersuchung des Pat. fällt negativ aus, die anamnestischen Fragen bringen keinen Anhaltspunkt über die Aetiologie des Leidens. Nach einigen Tagen sucht Autor den Pat. selbst auf. Schon beim Eintritt in die Wohnung empfängt ihn intensiver Naphthalingeruch. Des Pat. Familie weilt in der Sommerfrische und hat die Möbel vor Motten geschützt! Autor sucht, hebt das Schlummerkissen auf dem Sopha, wo Pat. sein Schläfchen abhält, in die Höhe und findet darunter eine Düte voll Naphthalin! Die Entfernung derselben liess jene Anfälle sofort verschwinden. Also die Einathmung eines



concentrirten Naphthalingeruches genügte, Vergiftungserscheinungen hervorzurufen, woraus hervorgeht, dass es keine harmlose Sache ist, einzelnen Familienmitgliedern das Verbleiben in durch Naphthalin verpesteten Stuben zuzumuthen.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 6.)

- Ueber eine **acute Jodvergiftung** macht Regimentsarzt Dr. K. Frank Mittheilung, die schon nach 2 gr Jodnatrium auftrat und das letale Ende des betreffenden Pat. wesentlich beschleunigte. Derselbe, ein 70-jähriger pensionirter Offizier, war bis zum 60. Jahre gesund, acquirirte da ein Ulcus durum, dem nach etwa 2 Monaten eine ulceröse Eruption an der Hand folgte, die lange Zeit der Heilung trotzte und Veranlassung zu wiederholten Schmiercuren gab. Obwohl es in den folgenden Jahren zu keinen ausgesprochenen Erscheinungen kam, nahm Pat. doch wiederholt Jodkali, das selbst in grösseren Dosen stets gut vertragen wurde. Im Sommer 1898 entwickelte sich ein heftiger Bronchialkatarrh; seit dieser Zeit fühlte sich Pat. schwächer, es traten zeitweilig leichte Oedeme in der Knöchelgegend auf, auch Schwindelanfälle, im Urin Eiweiss. Bei der Spitalaufnahme (27. November 1898) Pat. abgemagert, blass, fieberfrei; linke Pupille sehr eng, rechte etwas weiter, beide reagirten auf Licht gar nicht, auf Accommodation in geringem Grade; Function der einzelnen Gehirnnerven intact, Lungenbefund völlig normal; Herzdämpfung in der Längsrichtung etwas vergrössert, 1. Mitraltton gespalten, 2. Aortaton accentuirt, übrige Töne rein; periphere Arterien sklerosirt, Puls gespannt und regelmässig; Abdominalorgane normal; im Harn Eiweiss spurenweise, im Sediment spärliche hyaline Cylinder. Diagnose: Arteriosklerose, Nephritis interstitialis chron. c. hypertrophia cordis sin. Therapie anfangs indifferent. Am 3. und 4. December je 1 gr Jodnatrium in wässriger Lösung. Am 5. December lebhaftere Injection der Conjunctiven, vermehrte Thränensecretion, Schnupfen, einzelne Aknepusteln an der Stirn. Jodnatrium wird ausgesetzt. 6. December. Ausgebreitete subconjunctivale Blutaustritte, stärkere Schwellung der Schleimhaut in der

Mund- und Nasenhöhle, dadurch Athmen erschwert; beide Hoden aufs Doppelte vergrössert und schmerzhaft, noch mehr Pusteln an der Stirn. 7. December. Nase stark geschwollen, um die beiden Nasenöffnungen mehrere mit serös-eitrigem Secret gefüllte Bläschen. vielfach confluirend und nach Berstung zu oberflächlichen Ulcerationen führend. Sensorium frei, Pat. aber sehr unruhig. Harnmenge herabgesetzt. Eiweissgehalt auf  $13\text{‰}$  gestiegen, im Sediment reichlich hyaline und granulirte Cylinder; Jod nicht nachweisbar. 10. December Conjunctiven noch lebhaft injicirt, Thränensecretion geringer, Nasengänge zum Theil für Luft durchgängig. Unterhalb des rechten Auges eine mehr als guldengrosse Infiltration der Weichtheile; in deren Bereich Haut dunkelroth, hart, schmerzhaft. Auf der Unterlippe etwa kreuzergrosses, oberflächliches, über das Niveau der Umgebung erhabenes, von einem schmalen Entzündungshof umgebenes, grau belegtes Geschwür. Zunge stärker belegt, an der Spitze linsengrosses, mit seröser Flüssigkeit gefülltes Bläschen. Aknepusteln auch an den oberen Extremitäten; einige bildeten förmliche Abscesse; daneben mehrere linsengrosse, mit Serum gefüllte Blasen. In den Lungen zahlreiche Rasselgeräusche, im Abdomen freie Flüssigkeit; Druckempfindlichkeit in Magen- und Lebergegend. Hodenschwellung viel geringer, dafür leichte Oedeme an den unteren Extremitäten. Vom 11. bis 15. December bildeten sich an den Streckseiten der oberen Extremitäten noch einzelne neue Bläschen, während die älteren Datums nach eitrigem Zerfall der oberen Schichten in Heilung übergingen. Beiderseitiger Hydrothorax, diffuse Bronchitis, Zunahme des Ascites. Eiweissgehalt des Harns nur  $1\text{--}1\frac{1}{2}\text{‰}$ , im Sediment hyaline oder mit fettig degenerirten Epithelien bedeckte Cylinder. In der Nacht vom 15. zum 16. December expectorirte Pat. reichliches, schaumiges, mit hellrothem Blut vermengtes Sputum. Puls 90, weniger gespannt, doch noch regelmässig. Pat. bei Bewusstsein, jedoch sehr hinfällig. Unter den Erscheinungen des Lungenödems Exitus am 16. December Mittags. Die Section ergab: Nephritis interstit. chron., Hypertrophia et dilatatio cordis, Pericarditis serofibrinosa, Hydrothorax bilateralis, Ascites, Oedema cerebri et pulmon., Perisplenitis chron., Cirrhosis hepatis incip. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die in der Kranken-



geschichte geschilderten Erscheinungen auf Rechnung einer acuten Jodvergiftung kamen. Auffallend sind ihre Intensität bei der verabfolgten geringen Dosis von nur 2 gr Jodnatrium und ihre Persistenz mit progredientem Charakter durch volle 11 Tage bis zum Tode, trotzdem das Jodpräparat gleich nach dem ersten Auftreten von Intoxicationsercheinungen nicht mehr gegeben wurde. Die Ursache dürfte hauptsächlich in der Unfähigkeit der kranken Nieren, das Jod zu eliminieren, zu suchen sein, sodass jetzt bei dem Pat., der bisher Jodkali gut vertragen, das schwächere, aber nicht aus dem Körper eliminierte Jod so deletär wirkte. Der Fall mahnt also, bei bestehender Nierenerkrankung mit Jodpräparaten sehr vorsichtig zu sein.

(Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Wien, 7. Jan. 1899. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 23.)

- Ueber **Vergiftung mit Filix mas** lässt sich Dr. C. Walko aus: Betreffs der toxischen Dosis herrschen ganz paradoxe Verhältnisse; so treten in manchen Fällen nach relativ sehr geringen Dosen schwere Vergiftungssymptome, ja der Exitus ein, z. B. nach 4—5 gr, während in anderen nach hohen Gaben, z. B. 40 gr, alle unangenehmen Nebenerscheinungen ausblieben. Ebenso wenig gleichartig verhalten sich die Vergiftungssymptome. In der Mehrzahl der Fälle prävaliren die Störungen des Magen-darmcanals, Uebelkeit, Erbrechen, Leibscherzen, Diarrhoeen, während in anderen die Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems theils Reiz-, theils Lähmungserscheinungen, mehr in den Vordergrund treten. So vor allem die Sehstörungen, die in ca. 33% aller I. auftreten und auch zu dauernder Amaurose führen können; gewöhnlich ist Mydriasis, seltener Myosis vorhanden, Folgen des Einflusses des Filixextracts auf Sympathicus und Vasomotoren. Weiter Zittern, Schwindel, Kopfscherzen, epileptiforme und tetanieartige Anfälle, tonische Krämpfe vom einfachen Trismus bis zum allgemeinen Reflex tetanus mit Opisthotonus, Benommenheit, Delirien, schweren comatösen Zuständen. Fast in allen schweren und letal endigenden Fällen traten die cerebralen Symptome in der Weise auf, dass es entweder nur zu

tetanischen allgemeinen oder partiellen Krämpfen kam und dann der Exitus erfolgte, oder sich an diese Reizerscheinungen ein Lähmungsstadium anschloss. Die Erscheinungen von Seite des Respirationstractus sind einerseits durch directen Einfluss auf das Athemcentrum, anderseits durch die Krämpfe des Zwerchfells und der übrigen Athemmusculatur bedingt. Bezüglich der Herzwirkung ist wahrscheinlich eine directe Muskelwirkung der Filixbestandtheile anzunehmen. Ikterus und Albuminurie sind seltene Symptome. Vereinzelt wurde auch das Vorkommen einer reducirenden Substanz im Harn beobachtet, welche von manchen als Glykose angesehen würde. Es wäre möglich, dass es sich in diesen Fällen um geringe transitorische Glykosurie handelte, welche ja bei Krankheiten mit Krämpfen und schweren Störungen der Respiration öfters auftritt. Gelegentlich einer Bandwurmeur nun, welche an einer Pat. in der Klinik von Prof. v. Jaksch vorgenommen wurde, traten nach 5 gr Filixextract äusserst schwere Vergiftungserscheinungen auf, trotzdem die Kranke fast alles wieder ausbrach. Der Fall ist auch insofern interessant, als das Krankheitsbild alle bisher beobachteten und für I. mit Filixextract charakteristischen Symptome darbot. Wenige Minuten nach Einnehmen Speichelfluss, Hypersecretion aus Nase und Thränendrüsen, Schwindelgefühl, Nebelsehen, sich bis zur vollständigen Amaurose steigend. Im weiteren Verlaufe noch Singultus, Würgebewegungen, Schling- und Zwerchfellskrämpfe, ferner Mydriasis, eine gleichseitige Deviation der Augen nach aussen und oben, allgemeines Zittern, tonische Streckkrämpfe der Extremitäten, Trismus, Opisthotonus und kurzdauernde Bewusstseinsstörung mit nachfolgendem Lähmungsstadium. Gleichzeitig mit den Krämpfen kam es zu Collapserscheinungen, wie starker Dyspnoë, Cyanose, Pulslosigkeit und Sinken der Körpertemperatur. Nach Campherinjectionen und äusseren Hautreizen besserte sich der Anfall, wiederholte sich jedoch später in gleicher, noch heftigerer Weise. Sodann dauernde Erholung, nach 12 Stunden Abgang der Taenie mit dem Kopf. Das gereichte Präparat war das gewöhnliche gewesen, welches gleichzeitig anderen Kranken selbst in doppelt so hoher Dosis ver-



abreicht, sich als unschädlich erwies. Betreffs der Darreichung von Ricinusöl, das von manchen als gerade verantwortlich für event. I. bezeichnet wurde, hat Autor nicht diese Meinung; wenn Ricinusöl auch gewisse Bestandtheile ein wenig löst, birgt es doch anderseits die Garantie einer raschen Entleerung des Darmes in sich, die von grosser Wichtigkeit ist. So hat Leichtenstern, der Filixextract in hunderten von Fällen ohne Unglücksfall angewandt hat, ebenfalls dargelegt, dass die nachträgliche Darreichung des Ricinusöls nie von schädlichen Folgen begleitet war. Immerhin bleibt Filixextract, wie wieder obiger Fall zeigt, ein recht gefährliches Mittel, weshalb an der Klinik v. Jaksch mit dem von Bozzolo empfohlenen Thymol in ca. 30 Fällen Bandwurmeuren eingeleitet wurden; Erwachsene erhielten 8–12 gr, Kinder 3–5 gr pro die mit dem besten Erfolge und ohne schädliche Nachwirkung.

(Verein deutscher Aerzte in Prag, 3. März 1899. —  
Prager medic. Wochenschrift 1899 No. 16.)

**Neuralgien.** Mit dem Aetherspray hat Dr. Hamm (Braunschweig) bei einer Anzahl von N. (Ischias, Trigemino-neuralgie etc.), auch bei localisirten Kopfschmerzen (auch 1 Mal bei einem Gichtanfall) die besten Erfolge erzielt. Er stäubt Aether sulfur. solange auf, bis sich eine dünne Eisschicht bildet. Das hilft meist sofort, ja in der Regel braucht man nur 1 Mal die Methode anzuwenden.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 10.)

— Die hydriatische Behandlung der Ischias stellt Dr. A. Siegrist (Zürich) allen anderen Behandlungsweisen voran. Er schreibt: „Ich denke dabei nicht an den complicirten Apparat einer Wasserheilanstalt, sondern an die einfachen Mittel, mit denen sich eine acute Ischias zu Hause behandeln lässt. Ein Handtuch so der Länge nach zusammengefaltet, dass es eine ca. 10 cm. breite Comresse bildet, ein Flanellstreifen etwas breiter und länger als die Comresse in 2 oder mehrfacher Lage und einige Bogen Pack- oder Zeitungspapier bilden den ganzen Apparat. Das Handtuch wird in heisses Wasser von 40–50° R. getaucht, mässig ausgewunden und längs

des erkrankten Nervs aufgelegt, während sich der Pat. in halber Bauchlage befindet. Darüber kommt der Flanellstreifen und als Schlussbedeckung, um die Wärme möglichst lange zurückzuhalten, wird eine mehrfache Lage von Papier befestigt. Sowie die Compresse zu erkalten anfängt, d. h. nach 10–15 Minuten, wird sie gewechselt. So wird 2 Stunden fortgefahren und zum Schluss noch eine kurze kalte Waschung (10–15° R.) der Extremitäten vorgenommen, die den Tonus der erschlafften Gefässe wieder herstellen soll. In einzelnen Fällen, wo die feuchte Wärme unangenehm empfunden wird, kann man die Haut zuerst mit einer Lage Flanell bedecken und darüber die heissen Compressen appliciren. Diese Behandlung wird je nach der Intensität der Erkrankung 3–4 Mal des Tags mit Unterbrechungen von 1–2 Stunden vorgenommen und es gelingt häufig, der Krankheit in wenigen Tagen Herr zu werden und den gefürchteten Uebergang in die chron. Form zu vermeiden. Auch die chron. Ischiasfälle können durch obige Behandlung noch sehr oft günstig beeinflusst werden, wenn man Massage und gymnastische Uebungen damit combinirt. Die bewährteste Methode für die Behandlung der chron. Form ist aber die schottische Douche, d. h. eine Douche mit trockenem Dampf von ca. 40° R., mit dem die kranke Extremität ca. 1 Minute überströmt wird, dann wird der Dampf durch eine blitzartige kalte Fächerdouche für einen Moment unterbrochen und abwechselnd lässt man nun den Dampfstrahl und den kurzen kalten Fächer den kranken Nerven entlang ca. 5–6 Minuten lang spielen, bis die Haut intensiv geröthet ist. Zum Schluss erhält der Pat. noch einen nur wenige Secunden dauernden kühlen Regen (12–15° R.). Bei alten Leuten mit atheromatösen Gefässen, ebenso bei Pat. mit Herz- oder Lungenaffectionen ersetzt man den Dampfstrahl durch einen Heisswasserstrahl, da durch die während der Application entstehende Dampf Wolke leicht Beengung und verstärkte Herzaction hervorgerufen werden kann. Sehr günstig wirkt aber die Combination von Massage und hydratischer Behandlung. Am besten wird die Massage der hydratischen Behandlung vorausgeschickt, damit der Pat. das längere Blossliegen und den Wärmeverlust nach der



Wasserbehandlung vermeidet. Unmittelbar nach den ersten Procedures sollte der Pat. schon eine deutliche Erleichterung verspüren und es gilt die Erfahrung, dass in denjenigen Fällen, in denen unmittelbar nach den ersten hydriatischen Procedures keine Remission eintritt, ein tieferes Leiden als Ursache vorliegt. Tritt temporärer Nachlass der Schmerzen schon nach der ersten Procedur ein, so ist das ein sehr günstiges Zeichen für die Heilbarkeit des Falles, auch wenn die Affection schon lange Zeit bestehen sollte. Periodisch wird diese Behandlung durch allgemein tonisirende Procedures unterbrochen. — Wenn hier von Ischias gesprochen wurde, so ist darunter nur die sogenannte rheumatische Form zu verstehen, zu der weitaus die meisten Fälle gehören und es sind diejenigen Erkrankungsformen auszuschliessen, die auf Tumoren oder Exsudaten der Nachbarschaft, auf Allgemeinerkrankungen, wie Gicht, Diabetes oder Tabes, progr. Paralyse etc. beruhen. — Bei Neigung zu Obstipation lässt man daneben noch den Darm mehrere Tage durch Warmwasser oder Oeleinläufe entleeren und event. eine Trinkcur mit einem salinischen Mineralwasser anreihen.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1899 No. 12.)

**Rheumatismen.** Ueber die äussere Anwendung der Salicylsäure berichtet Dr. A. W. K. Müller (Greifswald, Mosler's Klinik). Zuerst wurde das von Ruel empfohlene Salicylsäurealkoholöl angewandt:

Rp.

*Acid. salicyl. 20,0*

*Alcohol. 100,0*

*Ol. Ricin. 200,0.*

Intern wurde nichts gegeben, nur eben auf alle erkrankten Gelenke oder auch auf ganze Extremitäten, eventl. auf Brust und Rücken ein Verband applicirt, bestehend aus einer in das Oel getauchten und ausgedrückten, etwa 1 cm dicken Schicht Wattemull, darüber einer abschliessenden Lage wasserdichten Verbandstoffes und endlich einer dickeren Schicht nicht entfetteter, sog. Polsterwatte und Binde. Der Erfolg war ein

gleichmässiger, frappanter (ca. 30 Fälle). Der Vortheil der äusseren Anwendung lag in der directen Application auf die erkrankten Gelenke, im gänzlichen Fehlen gastrischer Störungen und sonstiger lästiger Nebenwirkungen. Letzteres erklärt sich wohl so, dass eine kleinere Menge Salicyl im Körper kreist, aber eher an den erkrankten Parthieen ihre antizymotische Wirkung entfalten kann, weil sie, sonst an Alkali gebunden, eher durch den Kohlensäureüberschuss frei wird, der in den Geweben, zumal bei gleichzeitiger Entzündung, vorhanden ist (möglicherweise spielt auch die durch den Verband erzeugte Hyperaemie eine nicht zu unterschätzende Rolle); war es doch mehrmals auffallend, dass Pat., die ausserhalb des Krankenhauses längere Zeit, 1 Mal 10, 2 Mal 14 Tage, täglich Salicyl bis zu 30 gr im ganzen erhalten hatten, nach 3tägigem Verbande, der täglich erneuert wurde, fieberfrei waren und fast keine Schwellungen und Schmerzen an den erkrankten Gelenken zeigten. Zugleich mit der Entfieberung und dem Abschwellen der Gelenke traten eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens und grössere Bewegungsfähigkeit der vorher fast steifen Gelenke ein. Bemerkenswerth war auch das fast plötzliche Aufhören der gastrischen Beschwerden und die Besserung des Appetits. Die Salicylsäure war in kurzer Zeit (meist 1–5 Stunden) im Urin nachweisbar. Nach mehrtägiger Anwendung meist aber starke Desquamation in grossen Fetzen, zuweilen mit reichlichem Brennen bei erneuter Application. Sodann wurde zur Salbenbehandlung übergegangen, zu der von Ziemsens empfohlenen Mischung:

Rp.

*Acid. salicyl. 10,0*

*Ol. Terebinth. 10,0*

*Lanolin. 30,0*

*Ung. Paraffin. 50,0*

Diese wurde auch noch applicirt, wenn schon mehrere Tage keine Erscheinungen mehr bestanden (ebenso nöthige Forderung, wie die Verwendung von nicht entfetteter Watte in dickerer Schicht!). Der im Salicylalkohol befindliche Alkohol erwies sich aber



(s. oben) nicht als indifferentes Vehikel, er reizte, auch war die Application schwierig und complicirt, auch theuer. Desshalb wurde später Vasogen, das bekanntlich als indifferent, reizlos, geruchlos gilt und Tiefenwirkung entfaltet, als Vehikel genommen. Durch Herstellung einer consistenteren Form, des Vasogen. pur. spissum, liess sich eine höherprocentige Salbe anfertigen, während früher bei den flüssigen Vasogenen nur eine 2%ige möglich war. Die Versuche mit 10%igem Salicylvasogen ergaben noch vorzüglichere Resultate. Die Resorption ging schneller vor sich, die Allgemeinwirkung war eine noch promptere, die Wirkung auf die Haut aber eine viel mildere (zwar Röthung, aber keine Desquamation!), sodass das Mittel über 10 Tage lang gut vertragen wurde (auch hier nicht entfettete Watte!). Die Methode wurde nicht nur bei acutem Gelenkrheumatismus angewandt, sondern auch bei chronischen Gelenk- und Muskelrheumatismen, wo ebenfalls gute (auch bei Ischias!), aber natürlich nicht so rasche Erfolge sich zeigten. Vor allem bei acutem Gelenkrheumatismus verdient also die äussere Application von Salicyl (am besten als 10%iges Vasogen) weiteste Anwendung.

(Die Therapie der Gegenwart 1899, April.)

- **Aspirin** (Acetylsalicylsäure), das neue Salicylpräparat, ist jetzt auch von Dr. J. Wohlgemuth (Klinik v. Leyden's in Berlin) geprüft worden. Nicht nur bei Gelenkrheumatismus, sondern auch bei rheumatoiden Schmerzen bei Scharlach, Diphtherie, Angina bewährte es sich (3 Mal täglich 1 gr in Pulverform), wurde anstandslos genommen und machte keine Nebenerscheinungen.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 5.)

**Rhinitis.** Citronensäure zur Beseitigung des Foetors bei Ozaena empfiehlt warm Dr. Hamm (Braunschweig). Derselbe lässt täglich 3 Mal mit einem Pulverbläser Acid. citr., Sacch. lact. aa einblasen (daneben Morgens Nasenspülung und Entfernung von Borken etc.) und konnte so stets sehr rasch Desodorisirung bewirken, ja auch mitunter das Leiden selbst deutlich bessern oder gar temporär beseitigen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 18.)

— Das **Protargol in der rhino-laryngologischen Praxis** hat Dr. A. Alexander (Berlin, kgl. Poliklinik für Hals- und Nasenranke) versucht. Bei manchen Affectionen, wie Angina lacunaris, Pharyngomycosis leptothrica, Diphtherie, aphthösen, specifischen, tuberculösen Geschwüren versagte das Mittel, dagegen bewährte es sich ausser bei Behandlung der Kieferhöhlenempyeme noch besonders gegen chron. Rhino-Pharyngo-Laryngitis und gegen Coryza vasomotoria resp. Heufieber. Von jenen Formen des chron. Rachenkatarrhs, bei denen der Katarrh sich nicht im Wesentlichen auf den Rachen beschränkt, sondern auch in ausgesprochener Weise Nasenrachen, Nase und Kehlkopf ergriffen hat, wurden 125 Fälle mit Protargol behandelt und zwar wurde eine 1%ige wässrige Lösung mit Zusatz von 10% Glycerin zur Pinselung des Pharynx, zur Injection in den Larynx und auch in Spritzen- und Sprayform für die Nase benützt (war die Nasenschleimhaut zum grössten Theile bereits atrophirt, zur Sprayflüssigkeit besser höherer Glyceringehalt, bis 25%). Resultate sehr befriedigend. Namentlich bei Paraesthesien des Pharynx vielfach auffallend schnelles Schwinden des Druckgefühls. Natürlich ist die Behandlung lange fortzusetzen, täglich auszuführen, bis die wesentlichen Beschwerden gehoben sind, dann einen Tag um den anderen, jeden 3. Tag u. s. w. Unter Anwendung 5%iger Protargollösung besserten sich auch sehr hartnäckige Fälle, die anderen Mitteln getrotzt hatten, sodass Lehrer und andere Pat., welche die betreffenden Organe sehr anzustrengen hatten, wieder ihrem Beruf nachgehen konnten. Bei der chron. Laryngitis der Sänger benützte Autor  $\frac{1}{4}$ %ige Lösung zur Injection; diese wirkte gut und ist so reizlos, dass Pat. kurz nach der Injection singen konnten, ein grosser Factor bei Schauspielern, Opernsängern etc. Bei Coryza vasomotoria sind die verschiedensten therapeutischen Maassnahmen in Gebrauch. Der eine zerstört das Tuberculum septi oder andere Stellen der Nase, welche Reizpunkte darstellen, galvanokaustisch oder sonstwie, ein anderer begnügt sich mit oberflächlichen Aetzungen mittelst Chromsäure, Trichloressigsäure und dgl., ein dritter sorgt dafür, dass sich nirgends in der Nase zwei gegenüberliegende Schleimhautflächen berühren; innere Mittel



(Arsen, Brom, Chinin) werden gegeben, Hydrotherapie angewandt, — nichts mit sicherem Erfolge. Auf Veranlassung von Prof. Fränkel wurde bisher ein Heilverfahren in der Poliklinik eingeschlagen, welches den Zweck hatte, die Sensibilität der gesamten Nasenschleimhaut herabzusetzen: Ausspülungen der Nasenhöhlen mit  $\frac{1}{2}\%$ iger Argent. nitr.-Lösung. Vorher wurde natürlich dafür gesorgt, dass die Nase vollkommen frei und luftdurchgängig war, sowie dass sich selbst im Zustande der Schwellung zwei gegenüberliegende Schleimhautflächen nicht berührten. Denn das sind ja die beiden Hauptpunkte, die man hier zu berücksichtigen hat: Beseitigung aller reizenden Momente und Herabsetzung der Reizbarkeit selbst. Nur nach Erfüllung dieser beiden Bedingungen sind Erfolge möglich. Denn sehr oft sieht man hypertrophische mittlere Muscheln das Septum berühren, einen Dorn sich in eine der Muscheln völlig hineingraben, ohne dass die Pat. an Coryza vasomotoria leiden, während andere damit behaftet sind, die vollkommen freie Nasenhöhlen besitzen. Die Behandlung mit Argent. nitr. hatte nun den Nachtheil, dass bei empfindlichen Pat. (besonders sensiblen Damen) selbst  $\frac{1}{4}\%$ ige Lösung am Tage der Einspritzung oft eine Verstärkung der Beschwerden hervorrief. Protargol erwies sich als reizlos. Freilich ist auch hier Vorsicht geboten, mit  $\frac{1}{2}\%$ iger Lösung zu beginnen; doch wird meist Massage (das Einreiben ist wirksamer als Spray!) mit 5%iger Lösung gut vertragen, wobei in der Regel nach wenigen Sitzungen der Erfolg eintritt (um aber Recidive zu vermeiden, applicire man das Mittel noch einige Zeit fort!) Wenn auch nicht immer Heilung eintritt, so sind die Resultate doch so, dass man das Mittel hier warm empfehlen kann. Beim Heuschnupfen muss die Behandlung 3–4 Wochen vor Beginn der verhängnissvollen Jahreszeit, als Ende März beginnen.

(Archiv f. Laryngologie Bd. 9, Heft 1.)

- Bei **Rhinopharyngitis der Kinder** empfiehlt Gaston Einführung eines mit Borvaseline, mit oder ohne Zusatz von Antipyrin (2,5–5,0%), bestrichenen Wattetampons in die Nasenhöhle, 3–4 Mal täglich. Sträubt sich das Kind

gegen diese Application, so werden an deren Stelle Morgens und Abends einige Tropfen einer Lösung von Menthol in Mandelöl (3,0—30,0) instillirt. Ist eine directe Behandlung des Pharynx indicirt, so wendet er Pinselungen mit Jodglycerin an:

Rp.

*Jod. pur. 1,0*

*Kal. jodat. 5,0*

*Ol. Menth. pip. gtt. X.*

*Glycerin. ad. 50,0*

(Med. News, Jan. 1899. — Münchner medic. Wochenschrift 1899 No. 24).

**Syphilis.** Eine seltene Localisation der S. sah 2 Mal G. Griwzow. In beiden Fällen handelte es sich um Cystitis, das eine Mal vergesellschaftet mit gummöser Hepatitis, das andere Mal mit einer tertiären Affection des harten Gaumens, sodass man schliessen konnte, dass auch die Cystitis auf syphilitischen Veränderungen entweder in Form von Gummata der Blasenwand oder von interstitiellen Processen beruhte. Durch eine specifische Cur wurde die Cystitis beide Male günstig beeinflusst.

(Medicinskija pribawlenija k morkomu sboreiku, Nov. 1898, —  
Revue der Russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 3.)

— Einen 46 jährigen Mann mit **extragenitaler Initialmanifestation in Form einer Paronychie** am Index der rechten Hand demonstirt Dr. Nobl. Nagelglied um das 3fache verdickt und geschwollen, Nagelbett in Form eines kirschengrossen, sich allmähig verjüngenden Wulstes abgehoben. Hautdecke über dem Knoten violettroth gefärbt, prall gespannt, glänzend und verdünnt. Aus dem Nagelfalz sickert bei Druck auf die ganz schmerzlose, teigig-weiche Geschwulst honiggelbe, seröse Flüssigkeit. Nagel gelockert, matt, geriffelt, gelblich. Aehnliche Initialaffecte am Nagelgliede der Finger, wie solche besonders häufig bei Hebeammen, Wärterinnen etc. vorkommen, beanspruchen insofern ein besonderes Interesse, als dieselben, häufig verkannt, der chirurgischen Behandlung anheimfallen und zwar nicht immer zum Nutzen des Pat.; als Panaritien gedeutet werden sie z. B. oft fortwährend incidirt, bis wiederholte Periostverletzungen



die Nekrose der Phalange nach sich ziehen und die Amputation erheischen; Autor hat solche Fälle erlebt. — Von Interesse war bei obigem Pat. auch ein figurirtes Exanthem der Gesichts- und Kopfhaut. Im Bereich der Wangen, Nase, Stirn und der in grossem Areale unbehaarten Kopfhaut kreuzer- bis thalergrosse, braunrothe, nur wenig elevirte, im Centrum leicht eingesunkene Flecke in dichtester Aneinanderreihung; man erkennt das Zustandegekommensein aus der Confluenz kleinster papulöser Eruptionen. Viele der unregelmässigen landkartenförmigen Scheiben von einem dunkelrothen, sehr schmalen, aus capillaren Haemorrhagieen hervorgegangenen Saume umgeben. Stamm und Extremitäten weisen ein dichtes maculo-papulöses Exanthem auf.

(Wiener medic. Club, 8. März 1899. —  
Wiener klin. Wöchenschrift 1899 No. 18.)

- Einen Fall von *S. hereditaria tarda* stellte C. Berdach vor, einen 16jährigen Knaben, der, wie seine Mutter mit Bestimmtheit angiebt, bis vor ca. 2½ Jahren stets gesund gewesen ist. Um diese Zeit wurde eine in der Nacht häufig schmerzhaftte Anschwellung beider Schienbeine bemerkt, welche in der Folge beträchtlich zunahm. Seit ungefähr 2 Monaten trat auch eine Auftreibung des linken Humerus in seinem unteren Drittel und eine über wallnussgrosse Anschwellung im linken Schlüsselbein auf. Der Vater war bereits vor der Ehe luetisch, bei der Mutter manifestirte sich die S. erst einige Monate nach der Geburt dieses Knaben. Die Untersuchung des in seiner Entwicklung stark zurückgebliebenen, anaemischen Knaben ergiebt starke periostale und ostale Schwellungen an den bezeichneten Knochen, aber keinerlei nachweisbare Veränderungen an den inneren Organen, an Zähnen, Augen, Ohren etc. — Die meisten Autoren glauben nicht an eine *S. hereditaria tarda*, indem sie annehmen, dass die nach der Geburt gewiss vorhanden gewesen secundären Erscheinungen leicht übersehen werden konnten. Im obigen Falle handelte es sich aber höchstwahrscheinlich um eine solche, da die intelligente Mutter (sie sowie ihr Mann gestanden ihre Erkrankungen sofort ein!) versicherte, das Kind sei gesund zur Welt

gekommen und bis vor 2 $\frac{1}{2}$  Jahren völlig gesund gewesen, Angaben, welche durch den Mangel jedweder Anzeichen (Narben) abgelaufener Processe an Haut und Schleimhäuten Bestätigung gefunden.

(K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 5. Mai 1899. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 19.)

- Eine **Purpura auf syphilitischer Grundlage** beobachtete Dr. M. Weisz (Budapest). 29 jährige Pat. (in der Familie keine Bluterkrankungen) hatte vor 4 Jahren ein vaginales Geschwür, das nach 3 Wochen heilte. Keine spezifische Cur. Nie Ausschlag. Starke Kopfschmerzen bei Nacht seit Jahren. Seit 5 Wochen heftige Schmerzen in den Knochen, besonders stark, wenn sich Pat. nach Sitzen oder Liegen erheben will. Bald auch Entwicklung lebhaft rother Knoten in der Haut des linken Unterschenkels, die zwar nicht juckten, aber heftig schmerzten; daneben auch erbsen- bis thalergrosse, flache, dunkelrothe Flecke. Bei der Aufnahme beide Unterschenkel übersät mit dicht nebeneinander befindlichen, hirse- bis thalergrossen Blutextravasaten, theilweise unter der Haut gelegen, zum Theil lebhaft roth, auch blau oder grau. Daneben in der Haut zerstreute dunkelrothe, infiltrierte, auf Druck nicht schmerzhaft, harte Protuberanzen. Linke Sohle im Ganzen geschwollen und empfindlich. Sehr heftige Schmerzen in den Knochen, namentlich Nachts. Gelenke frei, nicht schmerzhaft; keine Tophi. Zahnfleisch normal, ebenso Rachen. Temp. 36,7°. Therapie: Acid. Haller. Nach 6 Tagen erblasste der Ausschlag, Pat. verliess das Spital, kam aber 2 Tage später wieder. Der ganze Körper, Gesicht und Hände ausgenommen, mit den erwähnten Blutextravasaten übersät; die frischen lebhaft roth, ältere blaugelblich (der Ausschlag trat nach einem heissen Bade auf). In den Unterschenkeln sehr heftige Schmerzen. Zahnfleisch etwas ödematös, empfindlich. Rachen dunkelroth; an der rechten Tonsille und am hinteren Gaumenbogen ein kreuzergrosses Geschwür mit aufgeworfenen Rändern (auch ausgefressen), zerfallenem Grund (mit breiigem Detritus bedeckt). Submaxillar- und Nackendrüsen beiderseits vergrössert. Jetzt Schmiercur



und Jodkali. Nach 5 Einreibungen Grund des Rachengeschwürs rein, die vorher derben Ränder weich, Ausschlag erblasst; nach 10 Einreibungen Geschwür flach, Ausschlag verschwunden, nach 20 Haut normal, Drüsen kleiner, Pat. verlässt das Spital. — Da jede mit Hautblutung einhergehende Infectiouskrankheit auszuschliessen war, für Haemophilie, Scorbut, Peliosis rheumat. jeder Anhaltspunkt fehlte, das Fehlen von Fieber und eines Milztumors schloss einen infectiösen Process aus. Als das Rachengeschwür erschien, wurde es klar, was im Spiele war. Die Verwandtschaft von S. und Purpura ist überhaupt in die Augen fallend; hier wie da Veränderungen von Blut und Gefässwänden; infolge von leichter Permeabilität und Rhexis der letzteren oder infolge leichter Diffusionsfähigkeit des Blutes kommt es zu Blutextravasaten. Eine äussere Einwirkung (warmes Bad) hatte genügt, ein schweres Recidiv hervorzurufen, das erst durch eine specifische Cur, die auch weitere Recidive verhinderte, geheilt wurde.

(Ungar. medic. Presse 1899 No. 14.)

- **Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer S.** empfiehlt auf Grund zahlreicher Versuche (Prof. Neisser's Klinik in Breslau) Dr. V. Klingmüller. Jodipin, eine organische Verbindung des Jods mit Sesamöl, wird als flüssiges Jodfett vom Körper resorbirt. Dass es subcutan anzuwenden ist, muss als grosser Vorzug gelten, da manche Pat., wo energische Jodbehandlung noth thut, es per os nicht einnehmen wollen oder können (Geisteskranke, Operirte, Bewusstlose etc.) oder es auch nicht vertragen (Magendarmstörungen!). Die subcutane Application des Jodipins hat sich nach allen Richtungen hin bestens bewährt. Auch bei Verwendung grosser Dosen erwies es sich als vollkommen ungiftig. Es wurden den Pat. pro dosi 20 ccm des 10%igen Jodipins, also täglich 2 gr Jod injicirt und zwar an fünf aufeinanderfolgenden Tagen, womit (also nach Einverleibung von 10 gr Jod) die Cur abgeschlossen war. Nicht ein einziges Mal kam es zu Störungen subjectiver oder objectiver Art, leicht erklärlich durch die langsame Verarbeitung des durch die Injection im subcutanen Gewebe angelegten

Joddepôts. Dazu gesellte sich der wesentliche Vortheil, dass alles in den Körper eingeführte Jod wirklich verarbeitet und nutzbar gemacht wird. Im Harn war Jod nachweisbar vom 2.—5. Tage ab, die Ausscheidung dauerte aber von da an fast gleichmässig mehrere Wochen an. Nach Frese, der Jodipin intern (bei Asthma und Emphysem) verordnete, war die Jodausscheidung schon am 8.—10. Tage vollendet. Er gab 3 Mal täglich 1 Theelöffel =  $3 \times 3,5 \text{ gr} = 1,05 \text{ gr}$  Jod. Autor erhielt dagegen in einem Falle, der 2 Mal 10 ccm an zwei aufeinanderfolgenden Tagen subcutan erhielt, also etwa die gleiche Tagesmenge, wie Frese intern gab, noch am 28. Tage nach der letzten Einspritzung Jodreaction. Allerdings beginnt die Jodausscheidung hier erst am 2.—5. Tage (bei Frese schon spätestens nach 20 Minuten), also wird wohl auch die therapeutische Wirkung später einsetzen (in gewissen Fällen wird es sich also empfehlen, die ersten Tage Jodipin gleichzeitig intern zu geben), dafür aber kann man bei subcutaner Application den Körper wochenlang unter Jodwirkung stellen durch eine wenige Tage dauernde Cur, die ausserdem schmerzlos, bequem und billig ist. Bei Injection ins subcutane Gewebe in der Glutäalgegend wurden nie Schmerzen oder Infiltrate erzeugt, nie sonst ein unangenehmer Zufall, wie Fettembolie durch Hineingerathen der Canülenspitze in eine Vene (um ganz sicher zu gehen, stosse man die Canüle nur langsam vorwärts und benütze weite Canülen). Jodipin ist billig, zumal die ganze injicirte Menge zur Geltung kommt. Bei Fällen von tertiärer S. zeigte es stets prompte Wirkung und machte nie Jodismus. — In neuerer Zeit wird von Merck 25%iges Jodipin fabricirt und auch mit diesem wurden zahlreiche Versuche gemacht. Dieselben bestätigten durchaus alles oben Gesagte, nur dass man jetzt nicht mehr nöthig hatte, jene grossen Mengen des Präparats zu injiciren und daher auch an anderen Stellen (Rücken, Arm) injiciren konnte. Das Präparat machte ebenfalls weder Schmerzen, noch Infiltrate, wurde ebenso ausgeschieden u. s. w.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 25.)

**Tuberculose.** Das Bestreuen von Lupusgeschwüren mit Kal. permang. empfiehlt warm Katschanowski auf Grund seiner Erfahrungen in 36 Fällen von verschiedenen Formen des Lupus. Das feingepulverte Präparat wird einige mm dick aufgetragen und ein Trockenverband applicirt. Nach Abstossung des sich bildenden Schorfes soll die Heilung unter indifferenten Verbänden (event. Argent. nitr.-Salbe) schnell von statten gehen (gesunde Gewebe werden nicht angegriffen!). Dasselbe Verfahren ist indicirt auch bei anderen tuberculösen Geschwüren und Granulationsflächen; auch bei tuberculösen Höhlenwunden nach breiter Eröffnung.

(Jahrbuch der russ. Chirurgie 1899 No. 7.)

— Einen Fall von Pharynx-tuberculose stellte Prof. Juffinger vor. Der 17-jährige Patient kam im März wegen Schlingbeschwerden. Hintere Pharynxwand von der Höhe des weichen Gaumens beginnend bis 3 cm nach abwärts geschwürig zerfallen. Ränder des Geschwüres unregelmässig zackig, theilweise unterminirt, Grund mit graulichgelbem Belage bedeckt, nach dessen Entfernung der Grund mit blassrothen Knötchen besetzt erscheint. Seitliche Pharynxstränge verdickt, gewulstet, unregelmässig höckrig, zwischen diesen Höckern einzelne kleine Geschwüre von der gleichen Beschaffenheit, wie das beschriebene. Im Nasenrachenraum hinterer Rand des Septums verdickt, von einem graugelblichen Geschwür bedeckt. Desgleichen linker Tubarwulst geschwürig zerfallen. Vordere Rhinoskopie giebt normales Bild. Im linken Ohr manchmal ausstrahlende Schmerzen; Trommelfell normal. Halsdrüsen nicht geschwollen, Lungen normal. Eltern und Geschwister leben, sind gesund. Mikroskopische Untersuchung vom Geschwürsrande entfernter Stückchen ergab reines lymphatisches Gewebe, theils Rundzellenanhäufungen mit Riesenzellen; Tuberkelbacillen nicht nachweisbar. Auskratzung mit scharfem Löffel, Pinselung mit 80%iger Milchsäure. Die Ulcera sassen in der Schleimhaut oberflächlich. Sie reinigten sich, begannen sich zu verkleinern. Pat. entzog sich aber der Behandlung, um erst nach 1 Monat wiederzukehren wegen Zunahme der Schlingbeschwerden. Ge-



schwür nach unten hin fortgeschritten, in den erwähnten Wülsten 2 neue grössere Geschwüre, Geschwür am Septum und am linken Tubarwulst verheilt, hingegen am rechten Tubarwulst ein flaches Ulcus. Wieder Lungen frei. Mitbetheiligung des Pharynx bei allgemeiner T. ist schon selten, noch seltener T. des Pharynx bei sonst gesunden Organen.

(Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck. 6. Mai 1899. — Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 24.)

- **Formalin als Heilmittel chirurgischer T.** empfiehlt J. Hahn (Mainz). Derselbe hat eine 1—5%ige Mischung von Formalin und Glycerin (auf 100 ccm des letzteren 1—5 ccm Formalin) angewandt und gefunden, dass die Wirkung derselben überall da, wo das Formalin in genügende Berührung mit dem tuberculösen Herd kommt, eine so vorzügliche ist, dass ihr wohl kein Mittel an die Seite gestellt werden kann. Am besten eignen sich für solche Behandlung die Gelenktuberculosen, namentlich wenn sie zur Vereiterung gekommen, aber noch nicht aufgebrochen sind, ferner Abscesse (auch Senkungsabscesse) und das tuberculöse Pleuraempyem. Bei den tuberculösen Gelenken erzielt man die schönsten Erfolge, wenn die Gelenkhöhle durch einen Abscess ausgedehnt und in allen Ecken und Nischen zugänglich ist; am geeignetsten sind Hüft- und Kniegelenk, am wenigsten eignen sich die Hand- und Fusswurzelgelenke. Bei Senkungsabscessen wirkt Formalin ganz ausgezeichnet, 1—2 Functionen und Injectionen genügen meist, um die Wiederansammlung von Eiter dauernd zu verhüten und der Grundprocess heilt auch auffallenderweise überraschend schnell aus (z. B. eine Spondylitis bei Gypscorsettbehandlung). Das Verfahren ist im allgemeinen folgendes: Zunächst wird die Abscesshöhle mit einer Aspirationsspritze entleert und durch mehrfaches Einspritzen von Borwasser und folgendes Ansaugen der Flüssigkeit vom Eiter gereinigt, darauf  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  des Quantums des entleerten Eiters an 1%igem, frisch bereitetem Formalin-Glycerin eingespritzt. Dann Ruhigstellung des Gliedes. Es folgt eine mehr oder weniger

heftige, mit Schwellung und häufig mit Fieber (bis über 39°) eingehende Reaction, wobei sich die Flüssigkeit der Abscesshöhle wieder erheblich vermehrt, manchmal unter recht heftigen Schmerzen (event. Morphinum!). Nach einigen Tagen verliert sich die Reaction, die Exsudatmenge vermindert sich. Nach etwa 14 Tagen empfiehlt es sich, womöglich ehe das Exsudat resorbiert ist — zuweilen verschwindet letzteres schon nach der 1. Injection! — eine 2., event. weitere Injectionen folgen zu lassen. Die Ausheilung erfolgt oft mit tadelloser Function und rasch. Freilich heilt nicht jede Gelenkentzündung ab, jedenfalls aber ist das Formalin jedem anderen Mittel, speciell dem Jodoform-Glycerin weit überlegen. Als Beispiel giebt Autor einen seit 1½ Jahren geheilten Fall von tuberculöser Coxitis zum besten: 3½jähr. Knabe kommt am 1. Februar 1897 in Behandlung. Hat seit angeblich 6 Wochen Schmerzen im linken Bein. Die Untersuchung ergibt Coxitis links. Pat. kann nur mit Schmerzen und stark hinkend gehen. Die Hüfte wird in leichter Flexion steif gehalten und ist druckempfindlich. Es wird sofort ein Streckverband mit Heftpflaster und Volkmann'scher Schiene angelegt, die mehrfach erneuert wird. Die Schmerzhaftigkeit bessert sich anfänglich, bald aber klagt das Kind über erneute Schmerzhaftigkeit. Hüftgelenksgegend jetzt geschwollen und bei jeder Bewegung des Beines sehr empfindlich. Am 23. April in Narkose Probepunction; es findet sich dünner, mit Flocken untermischter Eiter. Derselbe wird ganz entleert (ca. 50 ccm), die Höhle mit 2%iger Borlösung ausgespült und 15 ccm 1%iges Formalin-Glycerin eingespritzt. Gypsverband. Am 3. Juni wird, nachdem jede Spur von Reaction abgelaufen und das Gelenk auffallend wenig empfindlich geworden war, vorsichtshalber ein Streckverband angelegt, der am 9. Juli mit einer Gypshose combinirt und am 23. August durch eine einfache Gypshose ersetzt wird. Das Kind ging damit hinkend, aber schmerzlos umher. Die Hose wird am 12. November erneuert und dabei eine Röntgenphotographie aufgenommen, die keine erheblichen Formabweichungen des Gelenks ergab. Bald darauf wurde die Hose dauernd entfernt, das Kind konnte das Bein in der Hüfte schmerzlos und nach allen Richtungen frei bewegen!

Pat. litt noch an serophulösem Ekzem und phlyctänulären Conjunctivitis, die Hüfte aber blieb gesund und das Kind geht ohne Hinken, ohne Zeichen einer Erkrankung herum.

(Centralblatt für Chirurgie 1899 No. 24.)

— Zur **Arsentherapie der Phthise** gelangte Prof. v. Stoffella (Wien), nachdem er bei den verschiedensten anderen Methoden Misserfolge gesehen hat. Er giebt jetzt:

Rp.

*Sol. arsen. Fowl.*

*Tct. anodyna* aa 15,0

S. Nach dem Mittag- und Abendessen  
je 6 Tropfen, steigend bis 20.

Damit verbindet er hydriatische Prozeduren, bestehend in einer des Abends vor dem Schlafengehen vorgenommenen kalten Abreibung von Brust und Rücken, worauf, nach Abtrocknung, dem Pat. eine in kaltes Wasser getauchte, dann gut ausgewundene, ärmellose Jacke aus Wollstoff (Jäger'sche Wäsche) auf dem blossen Leib angezogen wird (darüber das Hemd); diese Jacke bleibt die ganze Nacht, um des Morgens, noch ehe Pat. das Bett verlässt, ausgezogen zu werden, dann werden Brust und Rücken gut abtrocknet und endlich wie Abends eine kalte Abreibung gemacht, worauf Pat. sich ankleidet. Gegen die nächtlichen Schweisse giebt Autor mit bestem Erfolge Atropin oder Agaricin:

Rp.

*Atropin. sulfur.* 0,01

*Aq. dest.* 5,0

S. 12 Tropfen in 1 Löffel Wasser  
vor dem Schlafengehen.

Rp.

*Agaricin.* 0,05

*Pulv. Dow.* 0,75

*Pulv. et Extr. Liq.* aa q. s.  
*ad. pill. No. 10.*

S. 1—2 Pillen zu nehmen.

Bei monatelanger Anwendung dieser Methode besserten sich recht viele Fälle zusehends; der Katarrh wurde geringer oder schwand ganz, die Dämpfung verminderte sich, die Ernährung nahm zu u. s. w. Manchmal musste man noch gegen das hektische Fieber etwas thun, und da empfiehlt Autor nach 10jähriger Erfahrung warm das schon von Oppolzer angegebene Recept, mit dem er schöne Erfolge erzielte:



Rp.

*Aq. Cinnam.* 70,0  
*Tct. Chinoidin.* 2,5  
*Chinin. sulf.* 0,55  
*Elix. acid. Hall. gtt.* X.  
*Syr. Cinnam.* 20,0

S. 3 Mal täglich 1 Esslöffel.

Das Wirksame dabei ist Aqua und Syr. Cinnamom. Von der Zimmtbehandlung Landerer's hat Autor keinen Gebrauch gemacht, hält sie auch für den prakt. Arzt für ungeeignet, indem sie ihm und dem Pat. zuviel Schererei macht und grosse Dexterität erfordert. Dagegen kann er die interne Ordination der Zimmtsäure empfehlen in folgender Form:

Rp.

*Acid. arsenic.* 0,1  
*Kal. carbonic. dep.* 0,2  
*Acid. cinnamyl.* 0,3  
*Aq. dest.* 5,0  
*Coque usque ad perfect. solut. (3/4 hor.)*  
*dein adde:*  
*Cognac.* 2,5  
*Extr. Opii aq.* 0,3 (*quod in Aq. dest.* 2,5  
*solut. et dein. filtrat. fuit.*)

S. Nach Mittag- und Abendessen je 6 Tropfen,  
 steigend bis zu 22.

Mit dieser Medication (die man zweckmässig mit den hydriat. Procedures combinirt) erzielt man bisweilen, wenn andere Mittel im Stich gelassen, recht beachtenswerthe Erfolge.

(Wiener klin. Rundschau 1899 No. 23—24.)

- Die **Ichthyoltherapie bei Phthise** hat schon mehrere Fürsprecher gefunden. Jetzt theilt auch Dr. Wertheimer (Nürnberg) mit, dass er vielfach sehr schöne Erfolge dabei gesehen hat. Nach 8—10 Tagen schon (in schweren Fällen etwas später) lassen meist Husten und Auswurf nach, das Fieber bleibt weg, Pat. fangen zu essen an und entwickeln bald einen derartigen Appetit, dass sie sich ungemein wohl fühlen und an Gewicht zunehmen. Auch bei sog. latenter T., wo Schweisse, Appetitlosigkeit und

Abmagerung auf einen phthisischen Process hinweisen, ohne dass auf den Lungen etwas zu finden ist, hat sich Ichthyol gut bewährt. Autor gab von einer Lösung Ichthyol., Aq. dest. aa zuerst 3 Mal täglich 1—2 Tropfen und stieg von drei zu drei Tagen um 1 Tropfen bis 10 (in einem Liqueurglas Wasser, nie auf nüchternen Magen!); man kann aber auch bis 3 Mal täglich 30—40 Tropfen steigen, doch wirken diese grossen Dosen nicht viel intensiver, als kleine.

(Aerztl. Verein in Nürnberg, 19. Jan. 1899. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 24.)

### **Vitia cordis.** Digitalisdialysat der Firma Golaz & Co.,

Saxon (Schweiz) wird durch ein besonderes Dialysirungsverfahren der frischen, eben gepflückten Pflanzen gewonnen, die Drogue wird stets derselben Oertlichkeit entnommen, bietet also möglichste Garantien für gleichmässige Wirksamkeit, auch ist die Dosirung eine recht genaue. Dr. H. Bosse, der das Präparat im Magdeburger Krankenhause (Prof. Unverricht) bei einer grösseren Reihe von Fällen (ausser V. noch Myocarditis, Emphysem, Nephritis mit Herzinsufficienz) versucht hat, hebt diese Vorzüge als besonders wichtig hervor und theilt mit, dass er mit dieser Digitalis purpur. dialysata (3 Mal täglich 20 Tropfen) in allen Fällen sehr schöne Resultate erzielt hat, ohne je unangenehme Nebenwirkungen zu erleben. Stets besserten sich Puls und Athmung, Cyanose, Oedeme u. s. w. und verschwanden bald, die Diurese wurde stets sehr energisch beeinflusst. Allerdings wirkt das Mittel auch erst am 2.—4. Tage, aber dann hat man an ihm, soweit Autor beurtheilen kann, ein hervorragendes Cardiacum, das allen Ansprüchen gerecht wird.

(Centralblatt für innere Medicin 1899 No. 27.)



## Vermischtes.

---

- **Nährstoff Heyden** ist ein neues Nährpräparat, das vor ähnlichen vielfache Vorzüge hat. Es ist ein aufgeschlossenes, dem Muskeleiweiss nahestehendes Eiweiss, erfordert also keine Verdauungsarbeit, sondern geht direct ins Blut über, so rasch das Eiweissbedürfniss des Körpers deckend. Directer Ersatz für Nahrung ist es nicht, da derselbe, ausschliesslich als Nahrung benützt, weil er ja keine Thätigkeit der Verdauungsorgane erfordert und daher letztere allmählig schädigen würde. Aber als Zusatz zu den üblichen Speisen und Getränken (besonders Cacao, aber auch Milch, Kaffee, Suppe, Bier etc.), als „Uebernährstoff“ leistet der Nährstoff sehr gute Dienste, da eben auf bequeme Weise dem Organismus eine ganze Menge schon verarbeiteten Eiweisses neben der Nahrung übermittelt wird. Die Wirkung giebt sich z. B. dadurch kund, dass, wie schon früher Schlossmann betonte und jetzt Dr. R. Hefelmann (Dresden), dessen Artikel wir dieses entnehmen, durchaus bestätigen kann, die schon zu versiegen drohende Milchsecretion stillender Frauen, bei Zusatz von Nährstoff sich auffallend bessert. Nährstoff wird aus dem Eiweiss frischer Eier, also dem kostbarsten aller Eiweissstoffe, hergestellt; woraus andere Nährmittel bereitet werden, entzieht sich meist unseren Kenntnissen. Endlich ist der Geschmack des Nährstoffs ein durchaus ansprechender. (Allgem. medic. Central-Ztg. 1899 No. 40.)

- **Weitere Versuche mit Heroin** hat Dr. Floret (Elberfeld) angestellt und kann seine früheren Empfehlungen des Mittels nur bekräftigen. Es liess nie im Stich bei den verschiedenartigsten Katarrhen der oberen Luftwege.



indem es Husten, Brustbeschwerden etc. prompt linderte, oft auch die Entleerung des Sputum erleichterte. Bei Phthisis incip. wandte Autor of folgende Combination an:

Rq.

*Duotal. 0,5*

*Heroin. 0.005—0,01*

S. 3—4 Mal tägl. 1 Pulver.

Häufig war dabei auch ein Rückgang der Lungen veränderungen nachweisbar. Auch Nachlassen des Nachtschweisses wurde mehrfach durch Heroin erzielt. Bei Asthma bronchiale bewirkte es oft Abnahme der Zahl, Dauer und Stärke der Anfälle, desgleichen bei Pertussis (3—8 jähr. Kinder, Dosis: mehrmals täglich 0,0015—0,005). Von Kindern wurde das Mittel stets ebenso gut vertragen, wie von Erwachsenen. Sehr gute Dienste leistete das Präparat auch bei Influenzakararrhen, wo es, zusammen mit Salophen (1 gr) gegeben, oft überraschend schnell die Beschwerden beseitigte. Meist genügten Dosen von 0,005—0,0075, in schwereren Fällen (alte Bronchitiden, vorgeschrittenen Phthisen) 0,01—0,02, in Pulver oder Pillen (bei Mixturen besser das salzsaure Heroin, subcutan ebenfalls verwendbar!) Autor giebt folgende Ordinationen an:

Rp.

*Heroin. hydrochloric. 0.1*

*Aq. amygdal. amar. 20,0*

S. 3—4 Mal täglich 15—20  
Tropfen in Zuckerwasser.

Rp.

*Heroin. hydrochloric. 0,1*

*Kal. jodat. 6,0*

*Aq. dest. 20,0*

S. 3—4 Mal täglich 15—20  
Tropfen.

Rp.

*Heroin. 0,005*

*Sach. alb. 0,5*

*D. t. dos. No. 12*

S. 3—4 mal täglich 1 Pulver.

Rp.

*Heroin. 0,15*

*Extr. Gent. 2,0*

*Pulv. et Succ. Liq. q. s.  
ut f. pill. No. 30.*

S. 3—4 Mal täglich 1 Pille.

Rp.

*Heroin. 0,005*

*Trional. 1,0*

*D. t. dos. No. 5*

S. Abends 1 Pulver.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 6.)

— Ueber die therapeutische Verwendung colloidalen Metalle

macht Dr. A. Schlossmann (Dresden, Kinderpoliklinik in der Johannstadt) Mittheilung. Er hat zunächst über 1 Jahr physiologische und bakteriologische Untersuchungen über diese Präparate angestellt. Dieselben ergaben, dass das colloidale Silber bei den zur therapeutischen Verwendung gelangenden Dosen absolut ungiftig ist. Subcutan, per os, per inunctionem, sowie intraperitoneal applicirt und zwar bei Thieren bis zu 1:360 des Körpergewichtes, machten sie nie Vergiftungssymptome. In Milch mit etwas Zucker versetzt, wird die 1%ige Lösung von Kindern widerstandslos genommen. Eine 1%ige Lösung in mit Eiweiss versetztem Wasser hat absolut keine reizende Wirkung auf gesunde, wie auf entzündete Schleimhäute. Bei Einträufelung ins Auge hat man keine Empfindung. Auch die Application an anderen Schleimhäuten wird durchaus nicht schmerzhaft empfunden. Bakteriologisch erwies sich die Lösung des colloidalen Silbers als äusserst wirksam, wirksamer als Sublimat. Das colloidale Silber wurde in Salbenform (als Ung. Credé) und in 1% Eiweisslösung (zu 200 ccm etwa das geschlagene Weiss eines Hühnereies) therapeutisch verwandt. Die Salbe bei Phlegmonen und Drüenschwellungen (z. B. bei Scharlach, Diphtherie). Bei ersteren einzelne Male Erfolg, bei anderen Fällen nicht. Bei Drüenschwellungen infolge acuter Infectionskrankheiten aber sah Autor regelmässig rasche Abschwellung eintreten und manche Drüse, deren Abscedirung man sonst sicher erwarten konnte, sich zurückbilden. Bei tiefsitzenden Drüenschwellungen auch einige Male subcutane Injectionen, die schmerzlos waren und in ihrer Wirkung befriedigten. Die weitgehendsten Erfahrungen mit dem Präparat hat Autor bei gonorrhöischer Ophthalmoblennorrhöe, wo er die Conjunctiva mittelst Haarpinsels mit 1–5%iger Lösung (eiweisshaltig) bepinselte und stets vorzüglichen Erfolg erzielte, sodass er das colloidale Silber an die Spitze aller hier empfohlenen Mittel stellt, zumal die Instillation völlig schmerzlos ist; nach der ersten Pinselung stets schon Besserung, nicht selten nach 4–5 Tagen Heilung. Unübertrefflich war das Prä-

parat ferner bei Colicystitis, wo nach Ausspülung der Blase (mit lauem Wasser) 100 ccm der 1%igen Lösung nachgegossen wurden; fast momentaner Erfolg, indem ausnahmslos Fieberabfall, Sterilität des Urins, Hebung des Allgemeinbefindens eintraten. Die interne Darreichung einer 1%igen Lösung (eiweisshaltig, wie immer), 1—2stündlich 1 Kinderlöffel mit etwas Milch oder Syrup, erwies sich als wirksam bei acuten infectiösen Darmaffectionen. Colloidales Quecksilber verwandte Schlossmann bei kindlicher Syphilis. Schmiercuren mit 10%iger Salbe (als Constituens: die Grundlage des Coldcream) 2 gr für jede Einreibung, brachten die luetischen Symptome rasch zum Verschwinden, ohne je toxisch zu wirken oder das Allgemeinbefinden zu alteriren; im Gegentheil: während bei grauer Salbe meist Stillstand oder Absinken der Gewichtscurve eintrat, nahmen die kleinen Pat. hier sogar noch zu. Autor kommt zu folgendem Résumé: Das Silber in seiner colloidalen Modification (namentlich jene Eiweisslösung!) ist ein vorzügliches, nicht reizendes, ungiftiges Antisepticum, das nicht nur in der Chirurgie, sondern auch in der internen Medicin ausprobt zu werden verdient; für infectiöse Erkrankungen der Schleimhäute, vor allem der Ophthalmoblennorrhoea und der Colicystitis, giebt es kein anderes Mittel, das gleich rasch und intensiv den Krankheitsprocess zur Ausheilung führt. Das colloidale Quecksilber verdient infolge seiner geringen toxischen Eigenschaften, seiner leichten Resorbirbarkeit und seiner prompten Wirkung die allgemeinste Beachtung.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 5.)

---



## Bücherschau.

---

— 2 hervorragende medicinische Bilderwerke liegen uns wieder aus dem Verlage von J. F. Lehmann, München vor. Es ist dies zunächst der **Stereoskopisch-photographische Atlas der patholog. Anatomie des Herzens** von Dr. G. Schmorl (Preis Mk. 14), bestehend in 50 nach Originalaufnahmen hergestellten und in einem Etui vereinigten Lichtdrucktafeln. Dieselben sind prachtvoll ausgeführt und stereoskopisch betrachtet treten alle Einzelheiten — die irgendwie für den Arzt wichtigen patholog. Veränderungen am Herzen sind sämmtlich reproducirt — so plastisch hervor, dass man die Präparate selbst vor sich zu haben glaubt. Eine kurze Beschreibung der einzelnen Tafeln findet man in einem beigegebenen Textbuch. Der Schmorl'sche Atlas ist ein Anschauungswerk 1. Ranges, der Anschaffung durchaus werth! — Welchen Rufes sich die Lehmann'schen „Handatlanten“ erfreuen, zeigt das schnelle Vergriffensein der einzelnen Bände. Jetzt ist wieder O. Schäffer's „**Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie**“ in 2. Auflage erschienen und zwar vollständig umgearbeitet und bedeutend erweitert, sowohl was den Text anbetrifft, der dem Leser ein Lehrbuch der Geburtshilfe zu ersetzen imstande ist, zumal der Autor die Litteratur bis in die neueste Zeit fleissig benützt hat, als auch was den eigentlichen Atlas anbelangt, welcher 160 meist farbige Bilder bringt. Dieselben führen alle wichtigen Einzelheiten ausserordentlich plastisch vor Augen und zeigen auch sonst die bekannte vorzügliche Ausführung, die wir an den Lehmann'schen Atlanten immer wieder bewundern. — Im gleichen Verlage erschien in 4., ebenfalls vermehrter und erweiterter Auflage Rüdinger's weitverbreitetes Werk **Cursus der topographischen Anatomie** (Preis Mk. 9.—), bearbeitet von dessen Assistenten Dr. W. Höfer. Derselbe beschränkte sich darauf, an dem bewährten Werke seines verstorbenen Lehrers nur die nothwendigen Änderungen anzubringen, ohne im grossen und ganzen Anlage, Eintheilung etc. umzuformen. Und so wird voraussichtlich auch die neue Auflage ebenso rasch vergriffen sein, wie die bisherigen (die 1. Auflage erschien erst 1891!).

— Schwalbe's **Jahrbuch der praktischen Medicin** (Verlag von F. Enke, Stuttgart) liegt nunmehr complet vor (6 Hefte, Mk. 17) und ist auch dieser Jahrgang 1899 durchaus der Empfehlung werth. Der Praktiker findet in dem Werke systematisch geordnet die wichtigen Publicationen des Jahres 1898 aus allen Gebieten der Medicin von hervorragenden Autoren kurz referirt. In 13 Hauptabschnitten (1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, Bakteriologie. 2. Innere Medicin. 3. Chirurgie. 4. Geburtshilfe und Gynaekologie. 5. Augenheilkunde. 6. Ohrenkrankheiten. 7. Krankheiten der Nase, des Nasenraumes, des Mundes, Kehlkopfes, Luftröhre. 8. Haut- und venerische Krankheiten. 9. Kinderkrankheiten. 10. Klimatologie, Balneologie, Hydrotherapie. 11. Arzneimittellehre und Toxikologie. 12. Gerichtliche Medicin. 13. Oeffentliches Gesundheitswesen) findet sich alles, was für den praktischen Arzt, der die Fortschritte der Wissenschaft im vergangenen Jahre kennen lernen will oder rasch etwas nachschlagen muss, wissenswerth erscheint. Die Namen der Referenten (u. A. sind darunter Ribbert, Rosenheim, Fürbringer, Jurasz, Horstmann, Gärtner, Schwabach) bürgen schon an und für sich dafür, dass das Gebotene allen Anforderungen entspricht. :

— Die **Psychiatrie** Prof. Kraepelin's, welche jetzt in 6. Auflage (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1899. Preis 2. Band Mk. 24) erschienen ist, bedarf keiner empfehlenden Begleitworte mehr für ihren Weg zu den breiten Massen des ärztlichen Publikums. Sie ist hier so allgemein bekannt und erfreut sich eines so hohen Ansehens, wie wenige Bücher. Hervorzuheben wäre nur, dass auch der Besitzer älterer Auflagen gut thun wird, sich die neueste anzuschaffen, die selbst gegen die zuletzt erschienene zahlreiche und wesentliche Aenderungen aufweist. Kraepelin berücksichtigt natürlich stets alle Umwälzungen, die sich in dem betreffenden Gebiet vollzogen haben und da solche in letzter Zeit nicht gering waren, hat er ganze Capitel neu schreiben, andere beträchtlichen Umwälzungen unterwerfen müssen, sodass, trotzdem die Grundlagen des Werkes dieselben geblieben sind, dasselbe doch an vielen Stellen ein ganz anderes Aussehen bekommen hat.



Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 12.

Preis des Jahrgangs  
4 Mk. = 5 Fr. exel. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*September*

*VIII. Jahrgang*

*1899*

---

**D**ie früher erschienenen sieben Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— = Frs. 6.25 cts. für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu M. 0.80 = Fr. 1.—.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Aneurysmen.** Ein bemerkenswerther Fall von Aortenaneurysma wurde von Dr. Koch beobachtet, bemerkenswerth besonders dadurch, dass zwischen den ersten Zeichen einer Ruptur nach innen und dem schliesslichen tödtlichen Ausgang ein Zeitraum von ca. 18 Stunden lag. Ein kräftiger, unteretzter Mann (Bureaubeamter) von 44 Jahren war zum ersten Mal in die Nachmittagssprechstunde gekommen, mit allgemeinen Klagen über unbehagliches Gefühl in der Brust, auch habe er in den letzten Monaten erheblich an Körpergewicht abgenommen. Die Hauptbeschwerden aber waren allmorgendlich auftretende, sehr heftige Hustenanfälle. Näher wollte er sich vor der objectiven Untersuchung nicht äussern, damit sie ein möglichst unbeeinflusstes Resultat ergeben möchte; es stellte sich später heraus, dass er es deshalb so wünschte,



weil er bei seinem scheinbar gesunden Aussehen bisher von allen seinen Collegen und auch von einer Anzahl von Aerzten, die er früher zu Rathe gezogen, für einen schweren Hypochonder, wo nicht gar Simulanten, gehalten war (es war ihm auch starke körperliche Bewegung empfohlen und er ist noch am Tage vor der Ruptur mit grosser Anstrengung auf dem Rade gegen heftigen Wind ankämpfend gesehen worden). Die Untersuchung ergab nun neben geringer Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts Dämpfung und klein- bis mittelgrossblasigen Katarrh über und unter der linken Clavikel. Da zunächst keinerlei Verdacht auf Aneurysma vorlag, wurde die Diagnose auf beginnende Infiltration des linken Oberlappens gestellt, welche auch eine unmittelbare Bestätigung zu finden schien, als der Pat., noch während er sich wieder ankleidete, bei plötzlich eintretenden furchtbaren, krampfartigen und immer wiederholten Hustenanfällen einige Theelöffel Blut entleerte. Um bei den beispiellos heftigen Hustenanfällen einer stärkeren Blutung nach Möglichkeit vorzubeugen, wurden sofort 15 mg Morphinum gegeben; vielleicht eine Minute darauf collapsirte Pat. vollständig und lag dann wohl 10–15 Minuten total reactionslos, ohne fühlbaren Puls, mit seltenen, schnappenden Athemzügen, extrem weiten Pupillen, wachsbleich und mit kaltem Schweiss bedeckt. Nach etwa 12 schnell hintereinander gegebenen Camphereinspritzungen kam der schon vollständig aufgegebene Mann allmählig wieder zu sich, um nach einigen Tassen heissen, schwarzen Kaffees sich soweit zu erholen, dass er per Krankenwagen ins Krankenhaus geschafft werden konnte. Hier hielt er sich unter beständiger Anwendung von Excitantien, heissen Wärmeflaschen u. s. w. noch bis zum anderen Mittag, wo dann plötzlich, ohne besondere Vorboten, der Exitus eintrat. Die richtige Diagnose war weder von Koch, noch von einem zweiten Collegen gestellt worden, da ja die an sich nur mässige Haemoptoë dem Lungenbefunde durchaus zu entsprechen schien und der schwere Collaps theils auf den sichtlich grossen Schreck bezogen wurde, der den Pat. beim Anblick seines Blutes ergriffen hatte, theils auf eine

mögliche starke Idiosynkrasie gegen Morpium (auf die Diagnose Aneurysma hätten ja vielleicht die enorm heftigen Hustenstösse führen können, da sie doch wahrscheinlich durch den Druck des zu Lebzeiten wohl faustgrossen Sackes auf den Vagus veranlasst waren!). Die Section ergab aber eine andere Lösung des Räthsels: Bei schlaff zurückgesunkener Lunge war der linke Pleuraraum von über 1 Liter halbgeronnenen Blutes neben reichlicher blutig-seröser Flüssigkeit angefüllt und der Aortenbogen in einen etwa 15 cm langen, fast in seiner ganzen Ausdehnung breit offenen aneurysmatischen Sack mit atheromatösen Wänden verwandelt. Neben dieser breiten Ruptur fand sich an einer mit der Lunge verwachsenen Stelle eine kleinere, in die Lunge hineinführende (von der augenscheinlich die erste Haemoptoe ausging). Linker Oberlappen fast luftleer und in einem etwa mit einer Hypostase zu vergleichenden Zustande. Herz leicht hypertrophisch.

(Medicin. Gesellschaft zu Magdeburg, 6. April 1899. —  
Münchener medlc. Wochenschrift 1899 No. 22.)

- Einen mit subcutanen Gelatineinjectionen behandelten Fall von Aortenaneurysma stellte Prof. A. Fränkel vor. Es handelte sich um einen Fall von Aneurysma der aufsteigenden Aorta und des Bogens, das bereits im Perforiren begriffen war. Der 54jährige Pat. bemerkte vor einem Jahre (April 1898) die ersten Symptome in Gestalt einer Auftreibung auf dem oberen Theile des Sternums. Jetzt zeigte es sich, dass nach dem Ergebniss der Percussion der Höhendurchmesser der ganzen Geschwulst 14 cm, der Querdurchmesser 10 cm betrug und das Ganze aus zwei durch eine seichte Furche von einander getrennten pulsirenden Tumoren bestand. Der erste Tumor, medianwärts gelegen, sass ungefähr in der Gegend des Angulus Ludovici des Sternums und unterhalb desselben, also entsprechend dem Aortenbogen, getrennt durch eine Furche von dem nach rechts belegenen, offenbar dem aufsteigenden Aortenschenkel angehörenden, etwas grösseren. Man hatte durchaus den Eindruck, dass der mediane Tumor das Sternum an einer mark-

stückgrossen Stelle usurirt hatte, während der laterale wenigstens zu einer Auftreibung und vielleicht auch zur Erosion der ihn nach oben begrenzenden zweiten Rippe geführt hatte. Beide Tumoren pulsirten nach allen Richtungen und waren durchaus getrennt von der Herzdämpfung. Nun hat Lancereaux vor 2 Jahren für wirklich sackförmige A., in denen das Blut zum Theil stagnirt, seine Gelatinebehandlung empfohlen mit Rücksicht auf die gerinnungsfördernden Eigenschaften des Mittels. Fränkel ging mit einer gewissen Voreingenommenheit an eine Nachprüfung, wollte dieselbe aber nicht unterlassen mit Rücksicht darauf, dass das Gelingen von eminent praktischer Bedeutung sein musste, da dann bei der Aussichtslosigkeit der sonstigen Maassnahmen bei diesen A. jeder Arzt verpflichtet wäre, die Lancereaux'sche Methode anzuwenden. Fränkel that das bei obigem Falle. Lancereaux empfahl Einspritzung einer 1–2%igen sterilisirten Gelatinelösung, der eine 1%ige Kochsalz- oder Sodalösung zugesetzt ist, unter die Haut. Fränkel injicirte nun dem Pat., der keine Ahnung von der Gefahr hatte, in der er schwebte (die Perforation schien nahe bevorstehend, eine Zeit lang war sogar die Haut über dem medianen Tumor bereits gelblich verfärbt!) und eines anderen Leidens (Ischias) wegen ihn aufgesucht hatte, zum ersten Mal am 28. Februar 1899 unter die Bauchhaut 50 cem der 1%igen Lösung. Effect: Sehr heftiger Schmerz, nach einigen Stunden sich einstellend und geraume Zeit anhaltend (sonst keine Reaction!). Noch erheblicherer Schmerz bei der 2. Injection (2%iger Lösung). Die folgenden (bisher 10) nicht mehr so schmerzhaft, die letzten gar nicht mehr (von nun an soll Pat. 2 Mal wöchentlich injicirt werden). Schon nach den ersten Einspritzungen nahm die Pulsation des medianen Tumors (durch Röntgenaufnahme wurde festgestellt, dass derselbe viel grösser war, als man bei der Percussion fand!) ab; derselbe verschwand schliesslich vollständig und seit dem 12. April bemerkte man nichts mehr von ihm. Ja, das was früher als Lücke im Sternum imponirte, hat sich verkleinert (Verschluss durch Knochenneubildung?). Auch der laterale Tumor



hat sich schon sehr verkleinert. Auch die Schmerzhaftigkeit ist total beseitigt; früher durfte man jene Stelle am oberen Sternum gar nicht berühren. Fränkel will den Pat. später nochmals demonstrieren, um zu zeigen, wie weit es gelingt, einen Stillstand des Leidens zu bewirken.

(Verein f. innere Medicin in Berlin, 1. Mai 1899. —

Vereinsbeilage No. 26 zur Deutschen medic. Wochenschrift 1899 No. 28.)

**Asthma.** Bruck lernte in 2 typischen Fällen den **schädlichen Einfluss von Mehlstaub auf A. bronchiale** kennen. Beide Pat., deren Wohnung so lag, dass sie viel von dem Weizenstaub einathmen mussten, blieben dauernd frei von ihrem Leiden, nachdem sie ihre Wohnung gewechselt hatten. Vorher hatten auf die Anfälle selbst Aethergaben günstige Wirkung, indem sie die Dyspnoë rasch beseitigten und die Anfälle unterdrückten. Der eine Pat. bekam das Mittel intern ( $\frac{1}{2}$  stündlich 20 Tropfen), der andere, als schon Lungenödem drohte, erhielt subcutane Injectionen (in  $1\frac{1}{2}$  Stunden 5 Pravaz'sche Spritzen).

(Memorabilien, 13. März 1899.)

— Ein **A. vesicale** beobachtete J. Pavinsky mehrfach. Es waren das Anfälle von Athemnoth, bei ungenügender Entleerung der Blase sich einstellend (namentlich bei älteren Pat. mit Prostatahypertrophie) und jedenfalls durch Autointoxication hervorgerufen.

(Medicina 1899 No. 3/5. —

Revue der Russ. med. Zeitschriften 1899 No. 5/6.)

**Blutungen.** Ueber terminale Haematurie und ihre Behandlung lässt sich Prof. C. Posner (Berlin) aus. Auf die meisten Pat. macht es einen ganz besonderen Eindruck, wenn sie bei Beginn des Urinirens einen ganz gesund aussehenden, klaren, gelben Urin entleeren, dann aber, und meist unter dem Eintritt erheblicher Schmerzen, zum Schluss ein paar Tropfen oder auch eine grössere Menge fast rein erscheinenden Blutes nachfolgen. Ein Theil solcher Fälle klärt sich bei der ersten Befragung und Untersuchung sofort auf. Man erfährt, dass Pat. seit kurzem an einem Ausfluss aus der Harnröhre leidet, bisher

aber nie andere Beschwerden gehabt hat, als einen mehr oder weniger heftigen Schmerz während des Urinirens; plötzlich habe sich lebhafter, wiederholter Harn-drang eingestellt, es sei nicht nur das Uriniren selbst schmerzhaft gewesen, sondern gerade unmittelbar nachher ein ausgesprochenes Wehgefühl aufgetreten und während dessen das Blut aus der Harnröhre gewissermaassen ausgepresst worden. Die Entzündung hat eben die hinteren Theile der Harnröhre ergriffen und sie hat meist — die Einführung eines Fingers in den Mastdarm lehrt dies erkennen — die Vorsteherdrüse in Mitleidenschaft gezogen. Die entzündeten Theile bluten bei stärkerer Bewegung, wie sie namentlich die Zusammenziehungen bei der Auspressung der letzten Harn Tropfen bedingen. Damit ist auch die Therapie gegeben: Die Ruhe ist den Theilen unbedingt nöthig! Bettruhe, Sorge für möglichste Seltenheit der Harnentleerungen, wobei in schweren Fällen Narcotica (besonders Stuhlzäpfchen mit Morph. mur. 0,01—0,02) nicht zu entbehren sind. Dazu richtige Diät, Enthaltung aller „reizenden“ Speisen und Getränke (auch Kaffee, Thee, speciell aber alle Alkoholica), Darreichung von Milch und beruhigender Abkochungen (besonders Leinsamenthee). Intern ganz gut noch Ol. Santal. (3—4 Mal täglich 15 Tropfen oder 1 Kapsel à 0,3) und Sorge für Stuhlentleerung. Also fast die gleiche Therapie wie beim acuten Blasenkatarrh, nur mit einigen Abweichungen. So versagen hier Salicylpräparate und Salol (auch Urotropin), warme Sitzbäder sind wegen gesteigerter Blutungsgefahr zu meiden (desgleichen warme Umschläge), Mineralwässer sind vom Uebel wegen ihrer harn-treibenden Wirkung! Diese Behandlung führt in der Regel bald zur Heilung. Freilich giebt es auch sehr hartnäckige Fälle, bei denen es sich wahrscheinlich um Mischinfection handelt, neben dem Gonococcus noch ein anderer Entzündungserreger im Spiel ist, der die betroffenen Theile noch schwerer schädigt. Hier rechtfertigt sich auch der Versuch einer örtlichen Behandlung: Aetzung der hinteren Harnröhre, am besten, indem man (bei voller Blase) mittelst der Guyon'schen Tropfspritze kleine Mengen einer 1—2%igen

Höllensteinlösung (auch Protargol!) in die Gegend zwischen M. compressor urethrae und dem Blasenschliessmuskel einfließen lässt. Meist folgt zunächst eine recht erhebliche Steigerung der Beschwerden und Zunahme der B.; diese Reaction klingt aber nach einigen Tagen ab; man wiederholt im Nothfall den Eingriff nochmals, mehr als 2 Mal ihn auszuführen, dürfte aber kaum je Veranlassung sein. Bei nicht gar so stürmischen Erscheinungen wirken auch gut die Janet'schen Spülungen (Einfließen von Lösungen in die Harnröhre ohne Katheter; lediglich durch Wirkung hohen Druckes), entweder mit Kal. permang. oder, falls noch reichlich Gonokokken vorhanden, mit Argent. nitr. (1:3000) oder Protargol, oder endlich, wenn es sich nur um Secundärinfection durch andere Mikroorganismen handelt, Sublimat (1:30 000—1:10 000). So einfach und klar sich nun im allgemeinen bei acutem Verlauf Diagnose und Therapie dieser terminalen Haematurie gestalten, so schwer wird oft die Beurtheilung, wenn die gonorrhoeische Entstehung nicht so ohne Weiteres sich ergibt. Zunächst giebt es da Fälle, in denen freilich ein altes Harnröhrenleiden vorliegt, die B. aber so unerwartet und scheinbar zusammenhangslos einsetzen, dass der Pat. jeden Verdacht, es könne sich auch hier um eine Aeusserung des Tripperleidens handeln, sofort entschieden zurückweist. Solche Fälle klärt, neben der Harnuntersuchung und dem Befunde noch vorhandener sogenannter Tripperfäden, insbesondere die Untersuchung vom Mastdarm her auf: immer findet man dann eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Vorsteherdrüse und überzeugt sich, dass Druck auf sie ein blutig-eitriges Secret zu Tage fördert, in welchem oft noch Gonokokken vorhanden sind, aber freilich nicht immer. Bisweilen auch eine oder beide Samenblasen an der Entzündung betheiligt; dann auch blutige Ejaculationen (kommen aber auch in harmloser Weise, durch einfache Congestion, zustande!). Wie leicht auch in sehr chronischem, ja fast latentem Verlauf einer Gonorrhoe terminale Haematurie eintritt, sah Autor erst kürzlich bei einem Falle, der gar keine Trippererscheinungen, sondern nur räthselhafte Beschwerden beim Uriniren darbot: eine etwas gründliche Auspressung der Prostata vom Mastdarm her liess das Bestehen einer Entzündung erkennen und



das gonokokkenhaltige Prostatasecret verursachte nicht bloss eine neue acute Eiterung der vorderen Harnröhre, sondern es kam auch zum Austritt von Blut mit den letzten Harntröpfen — der scheinbar erloschene Process war lediglich durch den erwähnten Eingriff zu neuem Leben angefacht. Die an chron. Gonorrhö sich anschliessenden B. zeigen aber meist einen weniger stürmischen Verlauf, Harndrang und Schmerzen sind geringer, die B. nicht so augenfällig. Daher erheischen sie auch nicht ein so abwartend-vorsichtiges Vorgehen, sondern man kann nach einigen Tagen der Ruhe und Anwendung innerer Mittel zu eingreifenderen Maassnahmen schreiten. Das ganze Rüstzeug gegen chronische Gonorrhö und Prostatitis kann hier, wenn auch langsam und schonend, in Gebrauch kommen. So vorsichtige Irrigationen mit schwachen, lauwarmen Höllensteinlösungen (1:5000—1000), auch ohne Katheter anwendbar, allmählig ferner Bougirung, Massage der Prostata, vielleicht auch Instillation stärkerer Höllenstein- oder Protargollösungen. Natürlich Aussichten auf endgültige Heilung hier ziemlich gering, Möglichkeit von Rückfällen naheliegend! Es giebt aber freilich auch Fälle genug, wo Gonorrhö mit den B. nichts zu thun hat, sondern anderes vorliegt, z. B. Fremdkörper oder Steinbildung in der Blase; bei den letzten Zusammenziehungen der Blasenmusculatur findet Einbohrung in die empfindliche Schleimhaut statt und so kommt es zu B. Untersuchungen mit der Steinsonde, Cystoskopie führen zur Diagnose, die Behandlung ist eine chirurgische ganz allein. Aber auch Neubildungen, die auch, offenbar bei den letzten Blasencontractionen gereizt und gezerrt, B. verursachen, sind in Betracht zu ziehen, so namentlich gestielte Polypen. Bei Weibern hat Posner mehrmals sogenannte Carunkeln der Harnröhre beobachtet, bei Männern kommen namentlich Tumoren der Prostata selber in Betracht. Auch hier ist chirurgische Hilfe allein maassgebend. Es kommt ferner auch vor, dass im Anfangsstadium der senilen Prostatahypertrophie derartige B. sich einstellen, insbesondere, wenn sehr blutreiche Wülste direct in die Gegend des Blasenhalses vorspringen. Viel häufiger aber als alle die letztgenannten Affectionen giebt Blasen-

tuberculose, ein viel häufigeres Leiden, als man früher ahnte, Veranlassung zu jenen B. und terminale B. müssen als wichtiges Anfangssymptom der Tuberculose gelten und stets daran denken lassen, wenn Gonorrhöe oder Steinbildung auszuschliessen sind. Therapeutisch ist leider recht wenig zu thun, da Tuberculose mit Recht geradezu eine Gegenanzeige gegen jeden örtlichen Eingriff bildet und speciell Höllestein sehr schlecht vertragen wird. Andere Mittel versagen meist, sind zum Theil ebenfalls direct schädlich, es bleibt daher meist bei allgemeiner und symptomatischer Therapie und auch diese stösst auf grosse Schwierigkeiten, da die sonst wirksamsten inneren Mittel hier ganz versagen (auch Urotropin!). Die einzige Methode, die noch mitunter wenigstens vorübergehende Erfolge, zumal Linderung der Beschwerden erzielt, ist die Guyon'sche: Spülungen und auch Einträufelungen mit Sublimat, die gegen die terminalen B. oft ganz gut einwirken. Freilich äusserste Vorsicht nöthig! Am günstigsten Einspritzung kleiner Mengen erwärmter schwacher (1:80 000) Lösungen. Innere blutstillende Mittel wirken bei allen diesen B. fast nie; am ehesten noch mal Hydrastis oder Hamamelis. Die örtliche Anwendung von Adstringentien (Tannin, Liq. ferri sesquichlor. u. s. w.) in Form von Blasenspülungen ist wegen der Gefahr der Gerinnselbildung zu widerrathen. Ist man wegen Stärke der B. ausnahmsweise gezwungen, diese selbst zu bekämpfen, so thun ein paar Blutegel am Damm noch am meisten gut; die Anwendung von Eis ist wegen des damit verbundenen Reizes nicht empfehlenswerth.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1899.)

- **Tödliche Darmblutung nach einem Unfall** erlebte Dr. Gratz (Sobbowitz). 47-jähriger Arbeiter, bisher stets gesund, erkrankte plötzlich, nachdem er noch am Tage gearbeitet, an heftigen Leibschmerzen, sodass er 4 Uhr Nachmittags aufhörte zu arbeiten. Gegen 5 Uhr fand ihn Autor im Bette zusammengekauert, mit angezogenen Beinen, laut stöhnend, über Schmerzen in der Nabelgegend klagend; Uebelkeit, Aufstossen; kein Fieber; Puls rhythmisch, mässig voll (70); Sensorium nicht getrübt; mässiger Meteorismus, Druckempfindlichkeit im linken Hypogastrium; Stuhlgang Tags



vorher wie immer; kein Erbrechen. Abends 9 Uhr nochmals zum Pat. gerufen, fand er ihn bereits todt. Es ergab sich, dass Pat. am Tage vorher, beim Legen eines Bahngeleises beschäftigt, als er vermittelst eines Hebebaumes das Geleise hochdrücken wollte, durch Ausgleiten zu Fall gekommen war; er klagte sofort über Schmerzen im Leibe, verblieb aber bei der Arbeit. Die Berufsgenossenschaft verlangte Section. Ergebniss: Bei Eröffnung der Bauchhöhle quollen die mächtig aufgeblähten Dünndarmschlingen stark vor; ihr Aussehen theils tiefroth, theils blauschwarz, tiefste Färbung bei den mittleren Schlingen. Am Magen aussen keine Veränderungen, ebensowenig an Duodenum, Colon, Rectum. In der Bauchhöhle keine Flüssigkeit. Mesenterium mit glatter, glänzender Oberfläche, zwischen den Blättern zahlreiche, flächenartige Haemorrhagieen, theils dunkelroth, theils blauschwarz; die intensivsten Färbungen der Ansatzstelle an den Darm entsprechend. Bei Eröffnung des Dünndarms floss dünnflüssiges, dunkles Blut heraus, theils Schlingen mit geronnenem Blut gefüllt. Dünndarmschleimhaut glatt, glänzend, nichts von Verletzungen oder Geschwüren. Magen leer, Schleimhaut intact; ebenso Duodenum, Colon, Rectum. Arterien der Bauchhöhle weich, ohne Ablagerungen, ebenso Coronararterien. Diagnose: Allmälige Verblutung durch Bluterguss in den Darm infolge von Zerreissung capillärer Aeste der Arteriae jejunaes. Ursache: Starke Anspannung der Bauchpresse beim Drücken auf den Hebebaum, vielleicht auch Schlag des letzteren auf den Bauch. Das an sich geringfügige Trauma also ergab sich als einwandfreies aetiologisches Moment für die Todesursache.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1899 No. 27.)

- Nasenbluten als Frühsymptom der Gehirnerweichung hat Dr. C. Kompe (Friedrichroda) in 5 Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt und er räth, diesem Frühsymptom, das zu einer Zeit eintritt, wo sonst noch keine Zeichen von Gehirnerweichung oder der ihr zu Grunde liegenden Arteriosklerose bestehen, volle Beachtung zu schenken. Die Arteriosklerose besteht in dieser Zeit schon in Nasen- und Gehirngefässen,



in ersteren aber kommen aber ja so oft äussere Traumen zur Geltung und diese bewirken dann die wiederholten, schwer stillbaren Nasenblutungen. Wenn letztere bei Leuten in den vierziger Jahren und darüber auftreten und sonstige aetiologische Momente nicht eruierbar sind, dann kann man ziemlich sicher sein, dass die B. auf Arteriosklerose beruhen und dass event. Gehirnerweichung im Anzuge ist. Man muss diesem Frühsymptom desshalb grosse praktische Bedeutung beimessen, weil wir sehr wohl diese Anfänge der Arteriosklerose therapeutisch zu beeinflussen und dem Fortschritt der Krankheit für geraume Zeit Einhalt zu gebieten imstande sind. Hohe Dosen von Jodkali, durch lange Zeit periodenweise gegeben, vermögen sicher viel gegen den sklerosirenden Process in den Gefässen, zumal wenn andere Heilfactoren (streng geregelte Lebensweise, Vermeiden von Alkoholica, vorsichtige Körperbewegung, Sorge für regelmässige Stuhlentleerung, event. vorsichtige Carlsbader Curen etc.) noch dazu ins Feld geführt werden.

(Archiv f. Laryngologie Bd. 9, Heft 2.)

**Diphtherie.** Die Behandlung der echten Conjunctival-diphtherie leitet Tamaschef folgendermaassen: Er reinigt, die umgestülpten Lider und dann den Bindehautsack mit Formalin (0,1—0,5 : 200,0) auswaschend, ohne die Beläge zu berühren (die Lidränder werden besonders sorgfältig mit kleinen in Formalin getauchten Wattebäuschchen abgerieben); darauf bestreut er die ganze Oberfläche der Bindehaut und Uebergangsfalte mit sehr fein zertheiltem Jodoform, bringt die Lider wieder zurück und verbindet das Auge für 24 Stunden, nach welcher Zeit die Procedur immer von neuem vorgenommen wird. So erzielte Autor stets rasche Heilung; nach längstens 6 Tagen war dieselbe immer soweit vorgeschritten, dass nur noch katarrhalische Erscheinungen sichtbar waren. Die Cornea blieb in allen Fällen intact und durchsichtig. Diese Therapie (ausser der localen werden noch 2—4 Mal täglich 0,3—0,5 Chinin gegeben) bewährte sich bloss bei D., bei anderen Processen an der Conjunctiva nicht.

(Centralbl. f. Augenhellk. December 1899.)

- Das Auftreten einer **Trachealstenose nach Tracheotomie infolge Narbenbildung** ist bekannt, ebenso dass jene Stenose bisweilen auftritt, nachdem die Wunde vollständig vernarbt, die Canüle längst entfernt ist. Dass dies „längst“ aber auch „recht lange“ bedeuten kann, lehrt eine freilich wohl äusserst seltene Beobachtung von Dr. P. Reinhard (Wien, Klinik von Prof. v. Schrötter): Die gegenwärtig 18-jährige Pat. erkrankte mit 6 Jahren an D., wesshalb sie tracheotomirt wurde. Es heilte alles gut ab, aber die Pat. war dann durch 3 Jahre bettlägerig (Masern, Lungenentzündung, Lungenkatarrhe), von da ab jedoch gesund bis Weihnachten 1898, wo zum 1. Male beim Sprechen Kurzathmigkeit eintrat; Nachts schnarchte Pat. furchtbar, ferner stellte sich auch tagsüber, bei Treppensteigen, schnarchendes Athmen ein; Mitte März d. J. gesellten sich im Schlaf angeblich krampfartige Zuckungen in den Extremitäten hinzu. Als am 25. März beim Essen starker Luftmangel auftrat und Pat. in der Nacht zu ersticken glaubte, kam sie am 27. März in die Klinik. Athmung bei der für Lues keine Anhaltspunkte darbietenden Patientin selbst in ruhiger Körperlage laut hörbar, mühsam, stridorös; Frequenz 20. Am Halse nichts Wesentliches, ebenso beim Laryngoskopiren (auch die übrigen Körperorgane normal!), wohl aber tracheoskopischer Befund überraschend: Unterhalb der rein weissen, gut beweglichen, exact schliessenden Stimmbänder in Höhe des fünften Trachealringes Lumen der Trachea durch zwei symmetrische, rothe, succulente Wülste, die sich im vorderen Antheile berührten, in der Weise eingeengt, dass nur ein dreieckiger, mit seiner Basis nach hinten gerichteter Spalt für die Luftpassage frei blieb, sodass man nicht tiefer in die Trachea blicken konnte; nur so viel sah man, dass die beim Anblick von oben wie Vorhänge erscheinenden Bildungen sich, keilförmig abnehmend, noch um ein Geringes nach abwärts erstreckten, somit keine Membran, sondern dickere Stränge vorlagen. Bei stärkerer Inspiration näherten sich die beiden coulissenartig angeordneten, einander gegenüber stehenden Hälften noch stärker und wurden etwas nach abwärts

gezogen, sodass das Ganze wie die sich schliessenden Lippen einer zweiten Glottis aussah. Es handelte sich um luxuriirendes Narbengewebe der Luftröhrenwandung in der Höhe der früheren Tracheotomie-wunde, das freilich erst sehr spät, nach 12 Jahren, auftrat. Therapie: Mechanische Dilatation mit Schrötter'schen Hartgummibougies mit raschem Uebergang zu stärkeren Calibern, während der ersten 14 Tage täglich 2–3 Minuten lang, bis schliesslich 10 Minuten. Vorzüglicher Erfolg, schon in den ersten Tagen Abnahme der Athemnoth, des lauten Schnarchens u. s. w. Nach 14 Tagen konnte Pat. die Klinik verlassen, kommt jetzt nur noch 2 Mal wöchentlich, damit ihr Bougie No. 8 in die Luftröhre  $\frac{1}{4}$  Stunde lang eingeführt werde. Es ist gelungen, jene Narbenwülste durch den Druck der Bougies zum fast völligen Schwinden und zur Atrophie zu bringen, sodass jetzt bloss eine schmale blasse Leiste sichtbar und Pat. beschwerdefrei ist. Wodurch so spät noch die Proliferation vom Narbengewebe entstand, liess sich nicht eruiren; sichtliche aetiologische Momente lagen nicht vor, nicht einmal stärkerer Katarrh der oberen Luftwege.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 6.)

- Ueber einen **Fall von Noma faciei diphtheritischer Natur** berichten Dr. Passini und Dr. Leiner (Wien, Carolinen-Kinderspital). Schon im vorigen Jahre haben Freymuth und Petruschky 2 Fälle von Noma (1 Mal faciei, 1 Mal genitalium) publicirt, in denen sie Diphtheriebacillen fanden und durch Serumanwendung einen localen Stillstand des Processes erzielten und das Leben der Pat. retten konnten. Im obigen Falle, wo ebenfalls die Untersuchung typische Diphtheriebacillen ergab, war Serumanwendung bei dem in elendem Zustande eingebrachten 8jährigen Kinde nichts mehr zu leisten imstande, so dass man darauf verzichtete. 6 Tage nach der Aufnahme starb das Kind. Bei der Section fand sich Lungen- und Lymphdrüsentuberculose, Nephritis und Noma, die sich in die Mundhöhle und in den Rachen fortsetzte. Da die linke Tonsille tief jauchig zerfallen erschien, kann man wohl annehmen, dass an dieser Stelle der Process als gangränöse D. begann und sich von da bei dem marantischen Kinde als Noma weiter ausbreitete.

(Wiener klin. Rundschau 1899 No. 25.)



- **Diphtheritische Dysenterie** beobachtete Töpfer. Ein von ihm an Dysenterie behandeltes Kind stammte, wie sich später herausstellte, aus einem Hause, in dem D. herrschte. Auch bei diesem Kinde gesellte sich bald D. des Rachens hinzu, die letal endete. Autor nimmt an, dass die dysenterischen Erscheinungen von einer D. des Dickdarmes herrührten.

(Eshenedelnik 1899 No. 15. —

Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5—6.)

- Dysenterie.** Tannigen hat Dr. Cronkhite anlässlich einer Ruhrepidemie bei 23 Pat. (hauptsächlich Kindern) angewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden, indem nur 2 Mal die Wirkung ausblieb, sonst aber die blutig-schleimigen Stühle schon nach wenigen Dosen des Mittels sistirten und die Dauer der Erkrankung stets beträchtlich abgekürzt wurde. Auch bei einfachen Durchfällen ist Tannigen das sicherste Mittel, und spricht sich Autor nach 2jährigen Versuchen begeistert über das Mittel aus. (Medical Review, Mai 1899.)

- Auch Dr. Cioja lernte Tannigen bei einer Epidemie von D. schätzen. Dies Präparat und, wenn die blutig-schleimigen Stühle durch dasselbe coupirt waren, Nachbehandlung mit Milchsomatoxe leisteten die besten Dienste; die Pat. erholten sich in überraschend kurzer Zeit.

(Il Morgagno No. 22, 1899.)

- Hysterie.** Die hysterische Taubstummheit bespricht Dr. J. Veis (Klinik Prof. M. Schmidt, Frankfurt a. M.). Was zunächst die von Charcot als „Mutisme hystérique“ beschriebene Stummheit anbelangt, so ist dieselbe recht selten; sie entsteht immer plötzlich, indem durch irgend einen Shock oder auch scheinbar ohne besondere Veranlassung der Pat. (meist ein Mann!) plötzlich stumm wird. Cohen nannte das „Apsithyrie“ (das Nichtflüstern). Einzelne Pat. nun flüstern doch, auch werden bisweilen mit lauter Stimme unarticulierte Laute gestammelt, doch ist immerhin eine specielle Bezeichnung für die Affection ganz zweckmässig, da man unter „Aphasie“ doch meist durch Gehirnaffectationen bedingte Sprachstörungen versteht, die aber gänzlich verschieden

davon sind. Im Gegensatz zu den aphasischen geben sich die Pat. mit Apsithyrie meist nicht die geringste Mühe, ein Wort zu sprechen, sie sind eben von vorneherein überzeugt, dass sie es nicht können. Manche bringen es allerdings fertig, unarticulierte Laute von sich zu geben (ja 1 Fall ist bekannt, wo die Singstimme vollständig erhalten war, während die Stummheit bereits 11 Jahre bestand!) Noch seltener ist die hysterische Taubheit, wenn auch bei genauerem Daraufachtgeben man öfters darauf stossen würde; bei plötzlich entstehender, hochgradiger Schwerhörigkeit oder absoluter Taubheit muss man immer an H. denken, wenn der otoskopische Befund nicht der hochgradigen Functionsstörung entspricht, wenn die Hörschärfe oft plötzlich wechselt und besonders, wenn noch andere nervöse Symptome gefunden werden. Am merkwürdigsten sind die Combinationen dieser Erkrankungen unter einander und mit anderen nervösen Symptomen. In einem Falle fand sich Blindtaubsein, in einem anderen Agraphie bei einem hysterisch Stummen, in einem dritten ausser Agraphie und Stummheit noch typische Facialislähmung. Eine weitere Combination (bisher etwa 20 Fälle bekannt, fast nur Männer!) ist die hysterische Taubstummheit. Die Pat., von denen ein Theil sogar nie ein Zeichen für besondere Nervosität oder wirkliche H. geboten hatte, standen meist im mittleren Lebensalter. Veranlassendes Moment fast immer ein grosser körperlicher oder geistiger Shock, manchmal Ursache eruirbar (bei Kindern sind Fälle bekannt, wo nach Vertreibung von Spulwürmern Taubstummheit verschwand!). Veis berichtet über folgenden, bei Prof. Schmidt beobachteten Fall: 26jähr. Pat., Landwirth, nie besonders nervös, auch aus gesunder Familie stammend, war eines Morgens beim Erwachen taubstumm (Ursache ganz unbekannt!); 9 Wochen nachher kam er in Behandlung; Psychische und physische Functionen vollkommen normal, Pat. konnte sich schriftlich gut verständigen, beim Versuch zu sprechen kamen nur unarticulierte Laute heraus; absolute Taubheit; keine anaesthetische Bezirke, keine

Lähmungen etc. Hemianaesthesia ist sonst die häufigste Begleiterscheinung der hysterischen Taubstummheit. Ball beobachtete bei einem Mann, der nach einem Streit mit seiner Schwiegermutter taubstumm geworden war, linksseitige Facialislähmung! Nicht selten sind grosse Aufregungszustände (vielleicht noch Folgen des veranlassenden Shocks?), auch hysterisch-epileptische Anfälle kommen vor (Revilliod, Mendel), ferner hysterische Blindheit. Die Stummheit war meist nicht absolut, Töne und Geräusche konnten fast immer hervorgebracht werden. Auch die Taubheit war verschiedengradig. Diagnose der hysterischen Taubstummheit meist nicht schwer. Wenn das Krankheitsbild allerdings durch Krämpfe, Facialislähmung, hysterische Paresen der Extremitäten u. dgl. getrübt ist, könnte der plötzliche Beginn an Apoplexie denken lassen, doch sichern meist andere Zeichen von H. und der momentane Erfolg der Therapie die Diagnose. Differentialdiagnostisch wichtig auch das bei H. meist vollkommene Erhaltensein des motorischen Schreibsinnes, der bei Apoplexie mit Sprachstörung immer untergegangen ist. Ist die Diagnose H. sicher, so ergibt sich die Therapie von selbst, die intensive Autosuggestion muss eben energisch wegsuggeriert werden. Wortsuggestion ist aber unmöglich wegen der Taubheit! Am einfachsten ist ein kräftiger faradischer Strom, extra- oder intralaryngeal angewandt (bei Kindern denke man an Würmer!). Bei obigem Pat. sollte zuerst aufs Gehör gewirkt werden, weshalb auf Papier geschrieben wurde: „Sie werden jetzt gleich wieder hören“. Das machte aber keinen Eindruck. Es wurde deshalb mit ziemlicher Umständlichkeit alles für den Katheterismus der Tube herbeigeholt. Sowie der Luftstrom ins rechte Ohr eindrang, sprang Pat. erregt auf und stiess flüsternd hervor: „Jetzt höre ich wieder auf diesem Ohr!“, also auch die Sprache war da! Nun dieselbe Prozedur links, und jetzt erklärte Pat. mit lauter Stimme, es wäre alles gut. Freilich muss man bei ähnlichen Fällen auch an Simulation denken; solche oder aber wirkliche Taubstummheit wäre bei Unwirksamkeit der genannten Therapie anzunehmen. Durch längere Zeit fortgesetzte Beobachtung, plötzliches Erschrecken, Nachts Aufwecken etc.



würden da von Belang sein, da nur der Simulant durch solche Ueberraschungen sprechen und hören wird; hysterisch Taubstumme verstellen sich eben nicht und solche Ueberraschungen curiren das Leiden keineswegs.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 13.)

- Ueber **hysterische Pupillenveränderungen** sprach Dr. M. Weil (Stuttgart). Während das Vorkommen der Pupillenstarre im hysterischen Anfall nicht mehr angezweifelt wird, haben die Mittheilungen über hysterische Pupillenveränderungen mehr dauernden Charakters, insbesondere die über Mydriasis mit Starre der Pupille noch keine allseitige Anerkennung gefunden. Autor berichtet über eine eigene Beobachtung: 21jähriges, nicht belastetes Mädchen bekommt am 17. Juli 1897 plötzlich unter rasch vorübergehendem stechendem Schmerz in der rechten Schläfe und leichtem Schwindel eine starke Erweiterung beider Pupillen; nach 1 Stunde Reduction der linken Pupille zur normaler Weite, die rechte blieb erweitert, zugleich Abnahme des Sehvermögens rechts. Am 17. September 1897, Befund: Linkes Auge normal, rechts nahezu maximale Weite, auf Licht und Convergenz absolut starre Pupille, Herabsetzung des Sehvermögens auf  $\frac{5}{36}$ , concentrische Gesichtsfeldeinengung, ophthalmoskopisch alles normal, ebenso Refraction, brechende Medien u. s. w.; typische Erscheinungen von H. als Hemianaesthesia rechts im Gesicht, Abschwächung des Conjunctival-, Corneal- und Pharynxreflexes rechts. Kein Zeichen einer organischen Erkrankung; Pat. sonst gesund, kein Zeichen von Lues, heimlicher Atropingebrauch ausgeschlossen. Die Veränderungen konnten nur auf H. beruhen und der weitere Verlauf bestätigte dies. Bei suggestiver Therapie verschwanden bald sämtliche Erscheinungen, ohne dass andere bisher (März 1899) sich gezeigt hätten. Ob in solchen Fällen Lähmung des Sphincters oder Spasmus des Dilatators vorliegt, ist schwer zu sagen, jedenfalls ist eine Lähmung des Sphincters durch H. im Princip nicht ausgeschlossen.

(Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen, 3./4. Juni 1899. — Neurolog. Centralblatt 1899 No. 13.)

— Ueber **Missgriffe in der Behandlung durch Verkenennung der multiplen Sklerose** lässt sich Prof. H. Oppenheim (Berlin) aus: Die multiple Sklerose, viel verbreiteter angenommen wird, ist in ihren ersten Stadien allerdings nicht immer leicht zu diagnosticiren und da sich die Initialstadium nicht selten über einen Zeitraum von 5—10 Jahren erstreckt, ist es begreiflich, dass die Krankheit oft verkannt wird und besonders Verwechslungen mit H. häufig sind. Solche kamen dem Autor in letzter Zeit mehrfach vor und sie hatten traurige Consequenzen, indem sie zu therapeutischen Maassnahmen verleitet hatten, die eine schwere Schädigung involvirten. Im Laufe der letzten Jahre sah Oppenheim 9—10 Pat., lauter Mädchen oder Frauen bei denen bestehende Sklerose für H. erklärt worden war selbst von Autoritäten. Bei allen hätte die Verwechslung vermieden werden können, denn es handelte sich stets um Personen, bei denen sich allmählig im Verlaufe von Monaten und Jahren eine typische spastische Parese entwickelt hatte und wo man dies feststellt, kann doch von H. keine Rede sein; in einem Fall trat Intentionszittern schon im Beginn besonders stark hervor! Aber der Umstand, dass es junge Mädchen waren, genügte, um H. anzunehmen. Die Angehörigen erhielten den Rath, das Leiden „möglichst zu ignoriren“, energische Kaltwasserproceduren, Laubbäder, Übungen, medico-mechanische Parforcebehandlung, faradische Pinselströme maximaler Intensität wurden angewandt, alles therapeutische Maassnahmen, welche geeignet sind, die Krankheit, die sich sonst Jahr und Jahrzehnte lang erträglich gestalten kann, gewaltsam zu beschleunigen und schon im Beginn Beschwerden zur Entwicklung zu bringen, die sonst sich viel später einzustellen pflegen. Autor warnt daher eindringlichst davor, wenn die Diagnose H. nicht ganz sicher ist, solche Behandlungsmethoden einzuleiten und sich immer lieber vor Augen zu halten, ob nicht eine multiple Sklerose im Spiel ist.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1899.)

**Influenza. 2 interessante Complicationen der I. beobachtete**

Dr. Menko (Amsterdam). Bei einem 25jährigen Pat. eine acute Orchioepididymitis sin., die erst nach 6 Wochen verschwand und sonstige ätiologische Momente durchaus vermissen liess und bei einem 46jährigen Pat., der bis dahin gesund war, eine Thrombose in der linken Vena poplitea, die sich wenige Tage nach Beginn der I. entwickelte. Beide Complicationen wurden vereinzelt auch schon von Anderen beschrieben, sind aber ziemlich selten.

(Wiener klin. Rundschau 1899 No. 24.)

**— Ueber einige chirurgisch wichtige Nachkrankheiten der I.**

liess sich Dr. F. Franke (Braunschweig) aus. Es giebt zunächst eine Anzahl nervöser, auf wirklicher Neuritis beruhender Erkrankungen, die chirurgische Leiden vortäuschen können. Die Erkrankung der vorderen Gaumenbögen führt mitunter zu Erstickungsangst, die der Zunge zu so heftigen Beschwerden, dass sogar bereits (natürlich erfolglos!) operirt wurde. Neuritis der Intercostal- und Lumbalnerven täuschte Peritonitis und Appendicitis vor, Neuritis des N. axillaris Schulterrheumatismus, Neuritis des N. obturator. eine Kniegelenksaffection. 6 Mal beobachtete Autor das Ulcus perforans nasi. Eitrige Otitis, Pleuraempyem sind häufig und bekannt genug. Die Knochenkrankungen haben meist gutartigen Charakter, Vereiterung und Sequestrirung sind selten, meist ist die Entzündung eine plastische. Am häufigsten waren Fussknochen und Schienbein erkrankt, doch auch die anderen Knochen bis herauf zum Schädel blieben nicht verschont. Oefters trat die Knochenentzündung familiärweise auf. Bisweilen erinnerte der Verlauf an Knochentuberculose. Eine besondere Form ist die Periostitis nodosa, 2 Mal sehr ausgeprägt am Schädel beobachtet, und die zum Theil der gichtischen Verdickung der Phalangenenden, zum Theil der Spina ventosa tuberc. ähnelnde Form der Ostitis der kleinen Röhrenknochen. Die so häufigen Fusssohlen- und Hakenschmerzen beruhen theils auf Fasciitis plantaris, theils auf Periostitis des Calcaneus, die öfters beobachtete „Fussgeschwulst“



auf Ostitis der Fusswurzel- resp. Mittelfussknochen, w. mehrfache Operationen zeigten. Auch nicht eitrige Myositis, Bursitis, Tendovaginitis sieht man bisweilen.

(28. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, April 1899.)

- Ueber **Nierenblutung und Diazo-reaction bei I.** macht A. Köppen (Norden) Mittheilung. Er hat 2 Fälle beobachtet, wo eine Nierenblutung ohne besondere Veranlassung (es bestand weder Nephritis, noch Haemophilie u. dgl.) im Verlaufe der I. auftrat, auf der Höhe der Erkrankung am intensivsten war und mit letzterer verschwand, sodass man annehmen muss, dass schädliche Einwirkung der durch die Influenzaerreger gebildeten toxischen Producte die Veranlassung dieser reinen Nierenblutungen war. In diesen beiden und 4 weiteren Fällen von I., die Autor daraufhin untersuchte, fand sich stets Diazo-reaction. Es müssten grössere Forschungen angestellt werden, welche darüber Aufschluss geben könnten, ob Diazo-reaction bei I. constant vorkommt, ob man aus der Stärke und Dauer derselben Schlüsse auf die Schwere der Infection zu machen berechtigt wäre (bei den Köppen'schen Fällen schien letzteres sogar naheliegend zu sein), was dann von grosser praktischer Bedeutung sein könnte.

(Centralblatt für innere Medizin 1899 No. 18.)

**Rheumatismen.** Der Zusammenhang von Angina und acutem Gelenkrheumatismus erhellt wieder mal eclatant bei einem von Dr. E. Kronenberg (Solingen) beobachteten Falle: 32-jähriger Fabrikant erschien zum ersten Mal am 6. October 1898 mit Klagen über Schwerhörigkeit und Verstopfung beider Nasenseiten, woran er seit mehrere Jahren leide, ohne dass er je Ohreiterung gehabt habe oder sonstwie krank gewesen sei (speciell auch an Rh. nicht). Autor fand in der Nase papillomatöse Wucherungen an den unteren Muscheln beiderseits (ferner Nasenrachenkatarrh und Katarrh der Tubenostien) und entfernte diese Wucherungen rechts mit der kalten Schlinge am 6. October. Am 8. October gutes Aussehen der Wunde, wenig Reaction, etwas eingenommener Kopf. 9. October: Angina follicularis rechts

reichlich Pfröpfe in den Lacunen, dabei Wunde ungestört. Die Angina läuft in einer Woche ohne Zwischenfall ab, auch die Wunde heilt normal ab. Am 10. November die gleiche Operation links. 13. November: Wunde secernirt wenig, geringe Beschwerden. 16. November: Abends Schüttelfrost. 17. November: Beide Knie- und Fussgelenke, ebenso Ellbogen und Schultergelenk rechts geschwollen und schmerzhaft. Keine Angina, in der Nase keine Beschwerden, Wunde normal. Auf Natr. salicyl. gehen Anschwellung, Schmerz und Fieber prompt zurück, sodass Pat. am 5. Tage, entgegen der Vorschrift, das Bett verlässt. 24. November neuerdings Temperatursteigerung und Gelenkschmerzen, abermaliger sofortiger Erfolg von Natr. salicyl. 29. November: Fieber, Brustschmerzen, systolisches Geräusch. 30. November: Auch diastol. Geräusch. 2. December: Pericarditisches Reiben, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links. 5. December: Befinden subjectiv besser, Temp. Morgens subnormal, Abends bis 38°; pericarditisches Exsudat. 8. December: Exsudat wird geringer, kein Fieber, Dyspnoë bei Bewegungen, Puls bis 110. 10. December: Schmerzen in der linken Seite; dort Dämpfung und abgeschwächtes Athmen; Temperatursteigerung. 11. December: Seröses Exsudat im Pleuraraum; Dämpfung reicht hinten bis über den unteren Scapularrand. 14. December: Das Exsudat nimmt ab; Herzdämpfung noch immer stark verbreitert, Puls und Athmung frequent, leicht wechselnd; subjectiv ziemlich gutes Befinden. Während dieser Zeit bisweilen immer noch Anschwellung in dem einen oder anderen Gelenk. Wunde verheilt. 16. December: Temp. Mittags 39,1°. H. unten beiderseits Dämpfung, feuchtes klein- bis mittelblasiges Rasseln, Bronchialathmen; wenig zähes, nicht rostfarbenes Sputum, leichte Cyanose. Die pneumonischen Beschwerden lassen nach einigen Tagen nach, Befinden besser, Erscheinungen seitens des Herzens geringer. 27. December: Plötzlich wieder erhöhte Temp., Cyanose, Herzschwäche, Lungenödem. Tod am 2. Januar 1899. Während der ganzen Zeit Urin frei von Eiweiss. — Also nach dem ersten Eingriff in der Nase eine Angina derselben Seite, nicht eben ein seltenes Ereigniss. Nach dem zweiten Ein-

griff wird die Etappe der Angina übersprungen ein acuter Gelenkrheumatismus statt dessen als Complication, zu Beginn gutartig verlaufend, dann aber von höchst malignem Charakter, mit allen möglichen Complicationen zum Tode führend! Angina und Rheumatismus erscheinen hier als völlig gleichwerthig. Es ist häufig zu beobachten, dass wenn nach einem operativen Eingriff in der Nase auf einer Seite Angina entsteht, einem zweiten Eingriff auf der anderen Seite ebenfalls eine solche folgt, trotz aller Vorsicht. Hier drangen das zweite Mal die Infectionserreger nicht per continuitatem in die Tonsillen ein, sondern überwandten diese Barrière, inficirten den Organismus (auch diesmal ohne an der Wunde selbst sich irgendwie zu äussern!) und riefen einen Gelenkrheumatismus hervor der bald durchaus an Pyämie erinnerte und letal endete. Tödtliche Fälle sind ja selten, doch kommen immer wieder nach dem anscheinend so harmlosen Eingriff in der Nase Complicationen, wie Erysipel, Phlegmone u. dgl. vor, was bei dem gar nicht zu sterilisirenden Operationsfeld kaum zu vermeiden ist, man mag operiren wie man wolle.

(Münchener medic. Wochenschrift 1899 No. 27.)

- **Erfahrungen über die therapeutische Verwendung überhitzter Luft** theilte Prof. F. Krause (Altona) mit. Die für jedes Gelenk, auch für Nacken, Rücken, Kreuz besonders gearbeiteten Heissluftapparate (C. W. Bolte Nachf. in Hamburg) hat derselbe seit  $1\frac{1}{2}$  Jahr bei über 100 Patienten angewandt, zu  $\frac{2}{3}$  mit befriedigendem, bei einzelnen mit glänzendem Erfolg. Rh. und Gelenkleiden verschiedenster Art: Arthritis rheumatica gonorrhoeica, deformans, sicca, crepitans, urica acute und chron. Muskelrheumatismen, Lumbago Ischias, chronische Ostitis und Periostitis Achillodynie, nach Verletzungen (Contusionen Luxationen, Fracturen etc.) zurückbleibende Gelenksteifigkeiten und Gliederschmerzen gaben die Indicationen ab. Die Hauptwirkung bestand offenbar in starker Ableitung auf die Haut; alte entzündliche Ausschwitzungen gelangten zu Resorption, dadurch wurden die Schmerzen beseitigt.



die Bewegungen freier. Hatten sich bereits ernstere anatomische Veränderungen etablirt, so war natürlich vollkommene Rückbildung nicht möglich, aber erhebliche Besserungen, Nachlassen von Schwellung, Steifigkeit, Schmerz wurde doch oft erzielt (auch bei Gonitis crepitans!). Die Schweissbildung, die Beeinflussung der Circulation beschränkt sich hauptsächlich auf den im Apparat befindlichen Theil, während der Gesamtorganismus nicht tangirt wird, Pat. normale Luft einathmet, Lungen und Herz nicht angegriffen werden u. s. w., ein grosser Vorzug vor Dampfbädern u. dgl. Die Methode, einfach und unter allen Verhältnissen anwendbar (für Krüppel entsprechend abgeänderte Apparate!), hat freilich auch Misserfolge aufzuweisen, aber sie ist durchaus empfehlenswerth.

(28. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, April 1899.)

- **Salophen bei acutem Gelenkrheumatismus** empfiehlt warm Dr. Kenner auf Grund von 75 Fällen, von denen 36 nach 4, 20 nach 7, 15 nach 16 Tagen, die übrigen nach 20 als geheilt entlassen werden konnten. Das Mittel, das so prompt wirkt und Schmerz und Schwellung überraschend schnell zum Verschwinden bringt, ist zudem völlig unschädlich. (Medical Mirror 1899 No. 5.)

- Dr. C. Gagliardi sah wiederum von **Lycetol** ausserordentlich günstige Erfolge bei Rh. und Gicht. Consequente tägliche Darreichung von 2 gr pro die zeigte auch bei veralteten Fällen (mit Deformation der Gelenke) eclatante Wirkung, indem die Schmerzen schwanden, die Schwellungen geringer wurden, das Allgemeinbefinden sich besserte u. s. w. Bemerkenswerth war stets die stark gesteigerte Diurese. Am zweckmässigsten ist Verabreichung in Vichywasser.

(Boll. del. Clin. 1899 No. 11.)

- **Antiarthrin**, ein Condensationsproduct aus Gerbsäure und Saligenin (Apotheke Sell & Co., München) hat Bezirksarzt Dr. Schäffer (München) bei Gicht und acutem Gelenkrheumatismus mit bestem Erfolg angewandt (6—10 gr pro die in Pulverform). Ohne Nebenerscheinungen zu machen, vertreibt das Mittel sehr rasch die Schmerzen und bringt die erwähnten Affectionen bald zum Verschwinden. (Wiener medic. Blätter 1899 No. 26/27.)

- **Jodothylin** haben Prof. Lancereaux und Dr. Paulesco (Paris) mit bestem Erfolge bei verschiedenen chron. Rheumatismen und Gicht angewandt, desgleichen bei Arteriosklerose, Sklerodermie, vasomotorischen und trophischen Störungen der Extremitäten (z. B. localer Asphyxie). Fälle, wo man mit anderer Therapie jedenfalls nichts erreicht hätte, die früher als ziemlich aussichtslos galten, wurden ganz eclatant beeinflusst.

(Die Heilkunde, III, 10.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Beiträge zur Diagnose von Zwillingen während der Schwangerschaft liefert G. Tillmann. Ausser den allgemeinen Zwillingsschwangerschaftszeichen, Inspection, Mensuration, Palpation, combinirte Untersuchung etc. kommt vor Allem die Auscultation in Betracht. Die Diagnose steht fest beim Nachweis verschieden schneller Herztöne an zwei verschiedenen Stellen des Abdomens. Dies geschieht am besten, wenn zwei geübte Untersucher zu gleicher Zeit auf beiden Seiten mindestens 1 Minute lang auscultiren. In der Praxis, schlägt Ahlfeld vor, ist wiederholt 1 Minute lang, bald auf der einen, bald auf der anderen Seite zu zählen, dann die Durchschnittszahl jeder Seite zu ziehen; eine Differenz von 10 Schlägen in der Minute macht die Diagnose sicher und es theilt Autor eine Reihe von Fällen mit, wo auf diese Weise richtig diagnosticirt worden war.

(Inaug.-Dissert. Marburg 1898. —  
Centralblatt f. Gynäkologie 1899 No. 23.)

- Als **bestes Anaestheticum in der Geburtshülfe** wird von Champomier das Morphin betrachtet. Es nimmt die Schmerzen, ohne, wie Chloroform, Gefahren in sich zu bergen. In geringen Dosen behindert es die Kreissende nicht in der Disposition ihrer intellectuellen und physischen Kräfte, vermindert auch die Wehentätigkeit des Uterus nicht, weder bei Abort noch bei normaler Geburt.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899 No. 5. —  
Centralblatt für Gynäkologie 1899 No. 23.)

- Bei starken **post partum-Blutungen** empfahl kürzlich Arendt, den Uterus sofort mit einer oder zwei Kugeln zu erfassen und ihn langsam und

kräftig herunterzuziehen. Diese Methode scheint sich auch bei anderen, als durch Atonie bewirkten Blutungen zu bewähren, wie ein von Dr. Hecht (Beuthen O.-S.) mitgetheilter Fall zeigt. Infolge einer Zerfetzung der hinteren Muttermundslippe (infolge Quetschung durch einen grossen, harten Schädel) trat bei einer Frau nach Ausstossung der Placenta eine lebensgefährliche Blutung auf. Mit einer Kornzange holte Hecht die vordere Muttermundslippe behutsam herunter, sofort stand die Blutung! Nachdem die Verblutungsgefahr durch ein Klysma mit physiol. Kochsalzlösung behoben war, legte Autor durch die vordere Lippe 2 starke Seidenfäden, die, zur Vulva heraushängend, der Hebamme eine Handhabe zum Herunterziehen bilden sollten, falls die Blutung sich wiederholte. Aber das trat nicht ein, auch nachdem die Kornzange entfernt war. 3 Wochen später kam Pat., um sich die Fäden entfernen zu lassen. Alles war normal, die hintere Muttermundslippe vernarbt.

(Die ärztl. Praxis 1899 No. 14.)

— **Vergleichende Beobachtungen über das Credé'sche und expectative Verfahren in der Nachgeburtszeit** wurden, wie E. Baumann mittheilt, von Prof. Fehling (Halle) angeregt und es wurde bei den klinischen Geburten abwechselnd diese und jene Methode herangezogen. So kamen 1413 Geburten in Betracht. Expectativ ging man 943 Mal vor, davon musste wegen starker Blutung 56 Mal zur Credé'schen Methode übergegangen werden. Vor 1 $\frac{1}{2}$  Stunden wurde die Placenta exprimirt in 99 Fällen. Die Credé'sche Methode kam 467 Mal zur Anwendung. Die Resultate werden wie folgt zusammengefasst:

1. Im grossen und ganzen sind die Credé'sche und expectative Methode als gleichwerthig anzusehen.
2. Beim expectativen Verfahren aber kommen stärkere Blutungen häufiger vor, als beim Credé'schen und geben öfters Anlass, zur Credé'schen Methode überzugehen, um nicht die Gebärende einem beträchtlichen Blutverlust auszusetzen.
3. Deswegen ist es nöthig, bei schwächlichen, erschöpften, blutarmen oder durch Blut-



verlust (Plac. praevia) bereits geschwächten Gebärenden schon von vornherein das C.'sche Verfahren anzuwenden.

4. Eihautretentionen sind bei der C.'schen Methode um wenig häufiger vorhanden, führen aber keinen Nachtheil mit sich.
5. Fieber im Wochenbett findet sich bei der C.'schen Behandlung häufiger; dies hängt aber nicht mit dem angewandten Verfahren zusammen.
6. Ungenügende Involution und Lageveränderungen kommen bei der expectativen Methode öfters vor.

(Inaug.-Dissert. Halle 1898. —

Centralbl. f. Gynäkologie 1899 No. 28.)

— Zur Lehre von der **Verwachsung der Placenta mit der Uteruswand** führt Prof. Ahlfeld folgendes Erlebniss an: In die Klinik wurde eine Gebärende gebracht, bei der in ihrem Heimathdorf ohne Erfolg wiederholte Entbindungsversuche gemacht worden waren. Es handelte sich um Vorfall des schwangeren Uterus. Um die in Querlage liegende Frucht zu wenden, hatte der Arzt 2 Mal vergeblich versucht, durch den hypertrophischen elongirten Cervix in die Gebärmutter zu gelangen. Er fürchtete eine Uterusruptur und transportirte deshalb die Gebärende in die Klinik. Hier Kreissende ziemlich verfallen, Temp. 38,5°, Puls 100; zwischen den Schenkeln die grünlich verfärbte, übelriechende Nabelschnur; bei Lagerung der Frau gehen mit Geräusch stinkende Gase ab. In Narkose langsames Eindringen in den immer noch engen Cervix, Embryulie, stückweise Herausbeförderung des Kindes (ca. 28 Wochen). Der septischen Endometritis halber frühzeitige Expressio placentae. Diese gelang nicht, ebensowenig die innere Loslösung: Die Placenta haftete fest an und nur mit grösster Mühe konnten kleine Stückchen von der Uteruswand losgelöst werden. Da keine Blutung, reichliche Ausspülung mit 50%igem Alkohol, Ausstopfung mit Jodoformgaze. Temp. 39,7°, Puls 116, am nächsten Morgen 37,7° resp. 92. Nachmittags 2 Uhr an diesem Tage Entfernung der Uterustamponade: Dem letzten Streifen adhaerirte die 15 cm lange, 7 cm breite, hochgradig zersetzte Placenta.

Nach nochmaliger Alkoholausspülung wieder Tamponade. Eine derartige Beobachtung, dass eine von geübter Hand als fest verwachsen erkannte Placenta sich später in toto spontan gelöst hat, ist sehr bemerkenswerth. Autor hoffte durch die Tamponade nur eine Erweiterung des Cervix zu erzielen, um später noch einen Versuch zu machen, die Placenta zu entfernen; zugleich sollte die Jodoformgaze die Zersetzung verzögern. Statt dessen folgte die Placenta dem Tamponadematerial! Gewiss wird diese Beobachtung dazu auffordern, in Fällen, wo die Herausnahme der Placenta nicht gelingt, das gleiche Verfahren einzuschlagen. Doch ist es, wenn Fieber vorhanden, nothwendig, den Uterus zu desinficiren, am besten mit 1–2 Liter 50%igem Alkohol, der tief in die Gewebe eindringt und so ergiebige Bakterientödtung bedingt. (Zeitschrift für prakt. Aerzte 1899 No. 13.)

— **Geburtshülflche Verletzung des kindlichen Auges** kam in einem von Dr. H. Cramer (Frauenklinik Bonn) beschriebenen Falle zustande: 33jähr. II. para. Im 7. Lebensjahre linksseitige Coxitis, seitdem Ankylose des linken Hüftgelenks. 1. Entbindung mit 31 Jahren (1896), angeblich schwere Perforation. Letzte Regel am 15. Januar 1898. Da die Frau sich dringend ein lebendes Kind wünscht, Aufsuchen der Klinik. Status am 17. September 1898: Kräftig gebaute Frau, starker Hängebauch. Linker Oberschenkel in starker Adductions- und mässiger Flexionsstellung mit der linken Beckenseite ankylotisch verbunden. Bei vergleichender Messung beider Beine von der Spina anter. super. zum oberen Rand der Kniescheibe links Verkürzung von 17 cm. Der linke Trochanter steht in der Höhe des Hüftbeinkamms. Ganze linke Beckenseite atrophisch, die Crista ossis ilei fast gar nicht ausgebildet. Aeussere Beckenmessung: Dist. spin. ant. sup. 24 cm, Dist. crist. oss. ilei 24 cm, Conj. ext. 20 cm, Dist. spin. post. sup. sin., Dist. spin. ant. sup. dextr. 23 cm, Dist. spin. post. sup. dextr., Dist. spin. ant. sup. sin. 18 cm (die beiden äusseren, schrägen Beckendurchmesser zeigten demnach Differenz 5 cm). Also: Ankylotisch einseitig quer verengtes Becken. Am 18. September werden 2 Bougies in den Uterus eingeführt, die am 21. spontan ausgestossen werden. In den folgenden Tagen



entwickelt sich unter Temperatursteigerung bis  $39^{\circ}$  eine Cystitis. Am 27. Einlegen eines kleinen Kolpeurynters; die Geburt kommt in Gang. Am 28. Abends, Temp.  $38,8^{\circ}$ , am 29. Abends, Blasensprung bei Temp.  $38,6^{\circ}$ . Am 30. Vormittags, Muttermund vollständig erweitert, Kopf steht ziemlich tief im kleinen Becken, aber nach oben verschieblich, grosse Fontanelle vorn, etwas links, hinter der Schamfuge, kleine Fontanelle hinten, Pfeilnaht verläuft fast im graden Durchmesser. Da Fieber besteht (Cystitis!) und die Verhältnisse für den spontanen Austritt des Kindes sehr ungünstig liegen, ausserdem das Kind durch den Wasserabfluss am Tage vorher gefährdet erschien, Zange. Anlegen sehr erschwert durch die starke Adductionsstellung des linken Beins; indessen liegen die Löffel nach Schluss offenbar gut. Es ist ziemliche Kraft erforderlich, um den Kopf durch den engen Beckenausgang zu ziehen. Männliches Kind, schreit kräftig, ist 2430 g schwer, 48 cm lang; Kopfumfang 33 cm, gerader Durchmesser 11,5 cm, grosser schräger 13 cm, kleiner schräger 11 cm, grosser querer 9 cm, kleiner querer 7 cm. Nachgeburt spontan, Wochenbett vom 5. Tage ab fieberfrei. Sofort nach der Geburt fällt bei dem Kinde eine Blutung aus dem linken Auge auf. Linke Stirnseite des Schädels abgeplattet; über der Mitte des linken Arcus orbitalis und am linken Tuber frontale Crepitation. Cornea collabirt; etwa über der Mitte geht bis an die Sklera von innen oben, nach aussen unten ein Riss. Auf der linken Seite des Kopfes lässt sich der Apex der Zange in einer Drucknarbe sehr deutlich erkennen, welche über den stark gequetschten, obersten Theil der Ohrmuschel über die Schläfe nach vorn zum äusseren Augenwinkel und von da über die Orbitalleiste und die Stirn nach aufwärts und hinten zieht (die Drucknarbe rechts weniger deutlich). In die Lidspalte des verletzten Auges wird etwas Jodoform gestreut und ein aseptischer Druckverband angelegt. In den ersten 5 Tagen schreit das Kind auffallend viel, nimmt jedoch dann gut die Flasche und entwickelt sich normal. Es gelingt, das Auge aseptisch zu erhalten, sodass eine Phthisis bulbi ohne entzündliche Complicationen



entsteht und das Kind am 15. Tage post part. mit völlig geschrumpftem Auge zugleich mit seiner Mutter gesund entlassen werden kann. — Zweifellos stand hier die Augenverletzung im Zusammenhang mit der Fractur des Stirnbeins und des Arcus orbitalis; dadurch dass diese Knochenstellen einbrachen, wurde die Augenhöhle direct dem Drucke der Zange und engen Geburtswegen ausgesetzt, so dass der Bulbus stark gequetscht wurde und schliesslich vorn an der Cornea platzte. Die Fractur aber war sicher der Zange zuzuschieben. Es handelte sich allerdings um ein 4 Wochen ante terminum geborenes Kind, bei dem die Ossification noch nicht dem Reifezustand entsprach. Der Kopf stand in Vorderhauptslage und wurde so extrahirt, indem die Zangenlöffel zu beiden Seiten des Kopfes anlagen. Die Orbita muss von der Seite her comprimirt sein. Und in der That ist bei dieser Löffelstellung die Augenhöhle ganz besonders gefährdet: Sutura squamosa, vordere Seitenfontanelle und die Naht zwischen Joch- und Stirnbein bilden eine fortlaufende, nachgiebige Nahtlinie, und wenn der scharfe Rand der Löffel gerade in diese Linie zu liegen kommt, so entsteht eine tiefe Druckfurche, bei zu grosser Gewalt entsteht natürlich leicht eine Fractur mit starker Quetschung des Bulbus von der Seite her. Autor ist geneigt, auch andere beim Neugeborenen schon beobachtete Augenblutungen (auch bei spontaner Geburt), Lähmungen u. s. w. dem gleichen Mechanismus zuzuschreiben. (Centralblatt für Gynäkologie 1899 No. 27.)

**Soor.** Eine neue Behandlungsmethode, den Borsäureschnuller, empfiehlt Prof. Th. Escherich (Graz). Derselbe theilt nicht die landläufige Ansicht, dass der Soor eine ganz harmlose und für den Verlauf der Grundkrankheit eine irrelevante Erkrankung ist. Abgesehen von dem tiefen Eindringen der Soorfäden in Geschwüre sieht man in seinem Verlaufe durch die begleitende Kokkenmischinfection schwere entzündliche Veränderungen der Mundschleimhaut, Verschlimmerung

der Darmaffection und septische Zustände, endlich eine directe Behinderung des Schlingacts durch Membranbildung im Oesophagus eintreten, sodass es begreiflich ist, dass so eine nicht geringe Anzahl von Todesfällen auf S. zu beziehen sind, der also möglichst rasch beseitigt werden muss. Escherich hat nun im Borsäureschnuller, den er seit 3 Monaten in seiner Klinik mit bestem Erfolg anwendet, ein Mittel gefunden, welches die Beseitigung der Soorauflagerung und die Verhinderung ihrer Wiederkehr ohne mechanisches Eingreifen gestattet. Dieser Schnuller besteht aus einem Bäuschchen sterilisirter Watte, beladen mit fein pulverisirter, mit etwas Saccharin versetzter Borsäure (von der etwa 0,2 gewöhnlich haften bleibt); das Bäuschchen wird in ein aus Seide oder feinem Battist geschnittenem sterilisirten Läppchen eingebunden und dem Kinde gereicht, das es fast stets gern benützt (auch während des Schlafens oft!), dabei lebhafte Saug- und Kaubewegungen ausführend, sodass durch den Speichel das Pulver allmählig gelöst wird (in der Regel wird erst nach 24 Stunden ein neuer Schnuller nöthig!). Der Effect ist besonders bei gut saugenden Kindern ein zauberhafter und in leichteren Fällen sind fast stets schon nach 24 Stunden die Auflagerungen ganz oder fast ganz weg; nur bei moribunden Kindern half natürlich auch der Schnuller nicht mehr.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1899.)

### **Tabes dorsalis.** Tabetische Krisen mit hohem Fieber

beobachtete zum I. Male Prof. P. K. Pel (Amsterdam): 41jähriger Glaspolirer, aus gesunder Familie stammend, leidet schon seit längerer Zeit an Gürtelgefühl, Parästhesien im rechten Fuss, rheumatischen Schmerzen in den unteren Extremitäten und Blasenschwäche. Diese Klagen sind ganz allmählig entstanden und datiren schon mehr als zwei Jahre zurück. Vor 17 Jahren ein Ulcus (durum?) am Penis, später aber keine Symptome von Syphilis. Mässiger Alkoholiker, starker Raucher. Herabgesetzte Geschlechtsfunction. In den letzten Monaten wird Pat. ab und zu, bis jetzt 4 Mal, unerwartet

von allerheftigsten Schmerzanfällen in den Extremitäten überfallen, welche mit hohem Fieber und Erbrechen einhergehen, von Frösteln eingeleitet, von Schweissausbruch begleitet und von Fieberausschlag an der Lippe gefolgt werden. Aufnahme in die Klinik am 6. Januar 1899. Bei dem etwas anaemischen, schon heruntergekommenen Pat. wird folgendes constatirt: Abwesenheit der Patellarreflexe, auch bei Anwendung des Jendrassik'schen Handgriffs, reflectorische Pupillenstarre, herabgesetzte Sensibilität und circumscripte analgetische Stellen an den unteren Extremitäten, erhaltene rohe Muskelkraft, Ataxie der Beine, Hahnentritt beim Gehen, Tachycardie, Blasenschwäche, Atrophie der Daumenmusculatur (besonders der *Mm. interossei I* und *Adductores*), Subluxation des etwas angeschwollenen, stark crepitirenden 4. rechten Metacarpophalangealgelenks (ohne bekannte Veranlassung schon im Anfang der Krankheit ganz schmerzlos entstanden); innere Organe normal (nur Arteriosklerose), ebenso Harn. Am 6. Februar wurde nun Folgendes beobachtet: Nachdem Pat. gut geschlafen hatte, sich aber beim Erwachen schon etwas unwohl fühlte, wurde er gegen 11 $\frac{1}{2}$  Uhr von einem sehr unangenehmen subjectiven Kältegefühl ohne deutlich objectiv nachweisbaren Schüttelfrost überfallen. Dabei fühlte er sich äusserst elend, wird bald von heftigen Schmerzanfällen an den unteren Extremitäten (zuerst in den Füßen, später an den Unterschenkeln) mit schmerzhaften motorischen Zuckungen, demzufolge die Beine in die Höhe gezogen werden und später auch von Schmerzattaquen an den oberen Extremitäten (zuerst in Händen, dann Vorderarmen) gequält, wobei die Hände krampfhaft steif gehalten werden. Rumpf und Rücken bleiben auch nicht völlig von diesen Schmerzanfällen verschont. Am Nachmittag, als die Paroxysmen am heftigsten sind, folgt mehrfaches Erbrechen einer wässrigen sauren Flüssigkeit. Gegen Abend bekam Pat. heftige Augenschmerzen, intensive Photophobie, Thränenfluss nebst Kopfcongestion. Beide Augen sahen sehr roth aus, es war, als ob Pat. wegen eines Fremdkörpers sich an den Augen sehr gerieben hätte. Erst die Nacht brachte Erleichterung



dieses qualvollen Zustandes. Am nächsten Morgen Augensymptome völlig geschwunden, Schmerzen leidlich, allein Pat. sehr erschöpft. Am 8. Februar Pat. wieder völlig schmerzlos. Höchst auffallend war das Verhalten der Temperatur während des Anfalls (gegen 4 Uhr Nachmittags  $40,2^{\circ}$ , um 8 Uhr noch  $40^{\circ}$  und am nächsten Morgen noch  $38,4^{\circ}$ ) und die colossale Pulsfrequenz (bis 150). Am Tage nach dem Anfall typischer Herpes labialis an der Unterlippe. Harnmenge (6.—7. Februar) 1000 ccm, spezifisches Gewicht 1011, ohne Eiweiss und Zucker. Nach dem Anfall nichts Besonderes an den Organen, auch keine Milzschwellung. Solche Anfälle (nur ohne Augensymptome) waren schon 4 vorausgegangen. — Dass es sich hier um tabetische Krisen handelte, ist klar. Bemerkenswerth erscheint zunächst die Reihenfolge der Reizsymptome; nach Erregung der vasomotorischen und wärmeregulatorischen Nervencentra folgte zuerst eine Reizung der unteren und später der oberen spinalen Wurzeln, dann wurden das Brechcentrum und schliesslich die Trigeminusfasern gereizt. Typisch waren die Augenkrise und der nie fehlende Herpes labialis (ebenfalls Reizung gewisser trophischer Trigeminusfasern?) recht bemerkenswerth, am interessantesten aber das Verhalten der Körperwärme. Die Störung der Wärmeregulation muss wohl als eine Reizung der wärmeregulatorischen Centra aufgefasst werden, demzufolge die Wärmeproduction bedeutend in die Höhe getrieben und deshalb das Gleichgewicht zwischen Wärmeproduction und Wärmeverlust plötzlich zerbrochen wurde, was bei T. bisher noch nicht beobachtet ward. Zwar sah Autor bei und nach schweren tabetischen Blasenkrise, wobei also eine Localerkrankung vorhanden war, ab und zu leichte Fieberbewegungen, aber lange nicht so hohe Temperaturen. Die Auffassung, dass es sich hier etwa um eine Angina, Ephemera, Influenza, Malaria, Harnfieber und dergleichen handelte, welche nur die Rolle eines Agent provocateur bei dem für Krisen disponirten Pat. spielten, ist nicht zulässig, da die Anfälle sich in gleicher Weise schon zum 5. Male abspielten und für jene Affectionen absolut nichts sprach. Was sich allerdings hier im wärme-

regulatorischen Nervenapparat abspielte (vielleicht periodische Entladung gewisser Centra infolge chemischer Reizung?), ist dunkel. Interessant war endlich noch die Atrophie einzelner Handmuskeln (Folge angestrengter Berufsarbeit oder tabetischer Muskelschwund?) und die sehr auffallende Localisation der ganz schmerzlos entstandenen Gelenkaffection (mit Subluxation und starker Crepitation), welche nur als tabetische Arthropathie aufzufassen ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 26.)

- Eine ganz intensive Nagelerkrankung bei T. demonstrierte M. Bloch bei einem 42jährigen Pat., der 1879 ein Ulcus durum acquirirte und damals mit Sublimat-injectionen behandelt worden ist. Pat. erblich nicht belastet, kein Trinker, verheirathet, hat ein gesundes Kind. Seit  $\frac{1}{2}$  Jahr lancinirende Schmerzen in den Beinen, Gang (besonders im Dunkeln) unsicher, Potenz herabgesetzt, bisweilen geringe Incontinentia vesicalis. Pat. sucht die Poliklinik von Prof. Mendel wegen Erkrankung der Nägel sämmtlicher Finger und Zehen auf. Seit etwa 4 Monaten besteht eine allmählig auf sämmtliche Nägel sich erstreckende Veränderung, die mit Gelbfärbung beginnt. Letztere wird allmählig dunkler bis zu völligem Schwarzwerden. Gleichzeitig tritt eine stärkere Riefung in der Längsrichtung des Nagels, sowie erhöhte Vulnerabilität der Nagelsubstanz auf. Schon bei geringen Insulten, aber auch spontan, treten Risse und Sprünge in der Querrichtung des Nagels auf, denen entsprechend ganze Stücke des Nagels bis zum völligen Verschwinden desselben sich loslösen. Die ganze Affection verläuft absolut schmerzlos und ohne Eiterung. Seit Beginn der Erkrankung Paraesthesieen in den Fingern und der Haut der Vorderarme. Pupillendifferenz, träge Reaction der Pupillen, Andeutung des Romberg'schen Symptoms, tiefe Analgesie der Vorderarme, Ataxie der Beine, Analgesie am linken, stellenweise auch am rechten Unterschenkel, Westphal'sches Zeichen. — Während Erkrankung einzelner Nägel, namentlich der grossen Zehe, bei T. schon beschrieben sind, ist die Affection in solcher

Extensität noch nicht zur Beobachtung gelangt. Beim Pat. findet sich übrigens auch eine schon beschriebene trophische Störung, Atrophie des Zahnfleisches.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — Ibidem.)

**Tumoren.** Den Einfluss der Schwangerschaft auf das Wachstum von Larynxtumoren, der bisher nur von Ferreri und Scafi betont wurde, lernte auch Dr. A. Ephraim (Breslau) bei einer Arbeiterfrau kennen, zu der er im April 1894 Nachts geholt wurde, weil dieselbe „etwas im Halse habe und am Ersticken sei“. Er fand die Pat. in höchster Athemnoth, die sich schon von fern durch lauten respiratorischen Stridor verrieth, ferner aber auch in starker Wehenthätigkeit. Die Anamnese ergab, dass Pat. schon seit sehr langer Zeit an Heiserkeit leide, seit 9 Monaten gravid sei und seit einigen Monaten an Athemnoth laborire, welche in den letzten Stunden seit Beginn der Wehen rapid zugenommen habe. Grosser Tumor, von der Hinterwand des Kehlkopfes ausgehend und den oberen Kehlkopfraum so ausfüllend, dass nur an der vorderen Commissur ein ganz schmaler Spalt frei blieb. Der Tumor hätte mit der Schlinge leicht entfernt werden können, Autor hatte aber nur Kehlkopfszange und eine kleine schneidende Pincette da und damit gelang es, trotz der sehr ungünstigen Situation, doch die Geschwulst soweit stückchenweise abzutragen, dass die vorderen zwei Drittel der Glottis freilagen und die Athmung ohne Beschwerden von staten ging. Die Geburt ging dann auch ohne Störung zu Ende, die Wundfläche heilte in zwei Wochen völlig ab. Die Untersuchung zeigte, dass es sich um ein Fibrom mit sehr stark erweiterten Blutgefässen handelte. Im August 1898 sah Ephraim die Pat. wieder. Sie berichtete, dass sie stets etwas heiser geblieben sei. Im Februar 1897 sei sie wieder entbunden worden; in den letzten Monaten der Schwangerschaft hätten sich wiederum Athembeschwerden eingestellt, die jedoch nicht annähernd die Intensität, wie das erste Mal erreichten und im Wochenbett sich allmählig



wieder verloren. Auch jetzt (August 1898) befindet sich Pat. wieder am Ende einer Gravidität und wieder haben sich Athembeschwerden eingestellt; der Tumor verdeckt die hintere Hälfte der Glottis. Zweifellos wächst der Tumor während jeder Gravidität an und erreichte während der ersten als er noch in voller Grösse bestand, infolge der durch die Wochen bedingten Hyperaemie, jene gefährdrohende Ausdehnung.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 5.)

- Dr. Ephraim fand ferner **adenoide, regressiv veränderte Vegetationen bei einer 67-jährigen Frau**. Dieselbe consultirte ihn wegen einer seit 15—16 Jahren bestehenden Nasenverstopfung, die früher nie bestanden habe. Ausser leichter Schwellung beider unteren Nasenmuscheln zottiger Tumor am Nasenrachendach, der die obere Hälfte der Choanen bedeckte. Bei der Palpation des Nasenrachenraums das für die zottige Form der Vegetationen charakteristische Regenwürmergefühl. Unmittelbar nach der Palpation entleerte sich unter vielem Würgen per os ein längliches, Gebilde von 20 mm Länge und ca. 7 mm Durchmesser, von ziemlich weicher Consistenz und glasigem Aussehen; histologisch: nekrotisches Gebilde, in seiner ganzen Ausdehnung von Fibrinfäden durchzogen; längs derselben, an manchen Stellen auch zu kleinen Haufen vereinigt, mangelhaft gefärbte Leukocyten, zwischen ihnen eine schleimige Grundsubstanz. Nach zwei Wochen entfernte Autor die Hauptmasse mit dem Beckmann'schen Messer, worauf die Nasenathmung sogleich frei wurde; jene Masse wies makro- und mikroskopisch alle Charaktere der zottig hypertrophischen Rachenmandel auf, an einigen Stellen mit derselben regressiven Metamorphose, wie bei dem spontan entleerten Zapfen (Coagulationsnekrose mit theilweise schleimiger Umwandlung), der durch besonderes Fortschreiten des Processes bereits soweit gelockert gewesen war, dass der Fingerdruck ihn entfernte. Diese Degenerationserscheinungen machen den Fall, der schon wegen des hohen Alters der Patientin, wo adenoide Vegetationen äusserst selten sind, interessant ist, noch bemerkenswerther.

(Ibidem.)

- **Lipome der Tonsillen** sind sehr selten, waren bis 1895 überhaupt nicht bekannt. Da publicirte Doc. Dr. A. Onodi (Budapest) den ersten Fall. Er bezog sich auf ein kleines Kind, dessen Mutter vor 1 Jahre bemerkte, dass an der linken Tonsille eine kleine Geschwulst sich gebildet habe, die seitdem noch ein Mal so gross wurde. Der 1 cm lange,  $\frac{1}{2}$  cm breite, mittelst eines Stieles der Tonsille aufsitzende Tumor wurde mit der kalten Schlinge entfernt und entpuppte sich als Lipom. Seitdem beschrieb Haug einen Fall von Lipomyxofibrom und Avellis einen von Fibrolipom. Onodi hat jetzt einen zweiten Fall beobachtet: 12-jähriges Mädchen, an dessen rechter Tonsille eine blassgelbe, polypartige,  $1\frac{1}{2}$  cm lange und 1 cm breite Geschwulst mittelst kleinen Stieles sass. Entfernung mit der kalten Schlinge. Es handelte sich um ein Fibroma lipomatosum.

(Ungar. medic. Presse 1899 No. 18.)

- **Schweren Collaps nach der Operation von Nasenpolypen** erlebte Dr. M. Breitung (Coburg): Ein Lehrer, hoher Fünfziger, kräftiger Mann, zeigte Undurchgängigkeit für Luft auf beiden Seiten, Schwerathmigkeit, mässige Arteriosklerose, am Herzen nichts Auffallendes. Autor wollte wenigstens die eine Seite der Nase frei machen und entfernte (ohne Cocain) innerhalb von  $\frac{1}{2}$  Stunde 15 Polypen von der Dicke etwa eines kleinen Fingers im Durchschnitt und 3—5 cm Länge mit der kalten Schlinge. Die Operation ging glatt von statten, erst nach Entfernung des 15. Polypen rief Pat. plötzlich: „Mir wird schlecht“, seine Augen wurden starr, der Kiefer fiel herab, es trat Bewusstlosigkeit ein. Pat. wurde sofort horizontal gelagert, aber der Puls setzte aus, die Athmung war kaum merkbar, der Exitus schien nahe zu sein. Sofort künstliche Athmung, die erst nach  $\frac{1}{4}$  Stunde zu wirken begann; aber erst nach weiteren  $\frac{3}{4}$  Stunden (Cognaccarreicherung!) war Pat. wieder ziemlich hergestellt. Wäre cocainisirt worden, so hätte man eine Intoxication angenommen, so aber konnte allein die psychische Emotion und ihr Einfluss aufs Herz herangezogen werden. Da die Furcht erfahrungsgemäss eine der häufigsten Veranlassungen zur Auslösung des

epileptischen Insults bietet und schon plötzliche Todesfälle veranlasste, so kann wohl auch dieser Collaps durch die Furcht allein (neben dem Einfluss der Arteriosklerose!), die sicher eine reelle Herznoxe darstellt, aetiologisch maassgebend gewesen sein, zumal nach Breitung's Ansicht die Störung der Athmung durch Nasenpolypen oder sonstige stenosirende Veranlassung an und für sich eine Gefahr für das Herz bedingt und nach längerer Einwirkung auf den Herzmuskel hier Degenerationsprocesse auszulösen imstande ist. Man wird trotzdem bei Pat. in höherem Alter, bei Arteriosklerose, Herzfehlern u. dgl. sich immer die Gefahr des Eingriffs selbst vor Augen zu halten haben und event. einen solchen verweigern, wie es Autor schon mehrfach that (natürlich kommen nur multiple T. in Betracht, bei einzelnen Polypen besteht keine Gefahr). Im Uebrigen erinnert Breitung daran, dass meist nach Freimachung der Nase die Nasenathmung noch nicht völlig hergestellt ist, was vielmehr erst durch Abgewöhnung der Mundathmung eintritt. Zu diesem Zwecke sind Inhalationen mit dem Breitung'schen Apparat „Excelsior“ (Pfau, Berlin, Dorotheenstr. 67) empfehlenswerth.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 22.)

- **Sarkom der rechten Ohrgegend** zeigt ein von Dr. F. Alt demonstrirter 5-jähriger Knabe. Der Tumor geht vom Mittelohr aus und hat trotz des kurzen Bestandes (6 Wochen) bereits Doppelmannsfaustgrösse erreicht. Er ist inoperabel. — Die Moulage eines ähnlichen Falles zeigt Prof. Gruber. Ein 10-jähriger Knabe, bis dahin gesund, bekam innerhalb von 9 Monaten eine Neubildung am Ohr, welche jetzt, kindskopfgross, die rechte Kopfhälfte bis zur Orbita einnimmt, in Ulceration begriffen ist und auch theilweise Fluctuation erkennen lässt. Autor warnt entschieden vor operativen Eingriffen, selbst vor Eröffnung fluctuirender Stellen, da alles das Wachsthum solcher T. sehr beschleunigt und auch bedrohliche Blutungen zur Folge haben kann. (Oesterr. otolog. Gesellschaft, 25. April 1899. — Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1899 No. 5).



- Ein **Vaginalsarkom bei einem einjährigen Kinde** sah Waldstein in der Schauta'schen Klinik, wohin Pat. wegen Blutungen gebracht wurde. Es zeigte sich eine aus der Hymenalöffnung herausragende, braunrothe, mässig derbe Geschwulst, die mit einem Stiel von der linken hinteren Vaginalfläche ausging. Excision. Guter Wundverlauf. Der haselnussgrosse Tumor war ein Haemangiosarcoma perivascularare (Perithelioma), vielleicht entstanden durch Wucherung der Adventitiazellen eines Angioms (solche typische benigne Gefässtumoren kommen vereinzelt in der Scheide vor!).

(Archiv f. Gynäkologie 1899 Bd. 58, Heft 2.)

- Ueber die **Entstehung von Melanosarkomen aus Naevis nach Trauma** berichtet Raye. Er stellt aus der Litteratur eine Reihe von Fällen zusammen, wo ein Melanosarkom aus Muttermalen oder Warzen entstand, dann eine Anzahl von Fällen, in denen vor Entstehung der Melanosarkome ein vorausgegangenes Trauma sicher nachweisbar war. Das Trauma bestand mehrfach darin, dass die angeborenen Naevi dem Druck und der Reibung der Kleidungsstücke ausgesetzt waren, oder von den Pat. häufig gekratzt wurden. Schliesslich publicirt Autor folgenden Fall: Durch Quetschung eines Muttermals am rechten Oberarm entstand ein Melanosarkom. Trotz Exstirpation nach  $\frac{3}{4}$  Jahr Localrecidiv mit Schwellung der Achseldrüsen. Exstirpation mit Ausräumung der Achselhöhle. Nach 3 Monaten Tod an allgemeiner Melanose.

(Inaug.-Dissert. Kiel 1899. — Monatsschrift f. Unfallheilk. 1899 No. 6.)

**Typhus abdominalis.** Die diagnostische Bedeutung der **Epiglottis-Affection bei T.** lernte Primararzt Dr. G. Kobler (Landesspital in Sarajevo) kennen, indem er in 3 Fällen daraus direct die differentialdiagnostische Entscheidung zu treffen imstande war. Fall 1. Arbeiter, 30 Jahre alt, wird in die chirurg. Abtheilung aufgenommen und zwar wegen enterostenotischer Erscheinungen und einer aus diesem Grunde möglicherweise nothwendig werdenden Operation. Angeblich seit 8 Tagen Stuhlverstopfung und Erbrechen. Anamnestisch wurde ausserdem erhoben, dass Pat. vor 3 Wochen an einer etwa

10tägigen fieberhaften Krankheit litt. Da Erbrechen und Obstipation trotz wiederholter Irrigationen anhielten, wurde bereits alles zur Operation vorbereitet, als eine nochmalige hohe Irrigation Stuhl erzielte und diarrhoische Entleerungen nachfolgten. Als auch das Erbrechen aufhörte und die Percussion später freie Flüssigkeit in abdomine ergab, Fieber auftrat und das Abdomen in toto bei Druck etwas schmerzhaft wurde, somit die Diagnose Peritonitis nahe lag, wurde Pat. der inneren Abtheilung überwiesen. Hier ausser den erwähnten noch folgende Symptome nachweisbar: Anfangs stark remittirendes (von 40,1° auf 37,5° herabgehendes), dann mehr continuirliches Fieber, Albuminurie, ausgedehnte Bronchitis, Nasenbluten, RHU gedämpft-tympanitischer Schall mit rauherem, unbestimmtem Athmen, Sputum croceum. Einige Tage später wurde erschwertes Schlucken bemerkt und laryngoskopisch untersucht: Epiglottis aufs dreifache verdickt, längs des ganzen oberen Randes wie abgestutzt, die dadurch entstandene Geschwürsfläche dicht gelb belegt, also für T. charakteristisches Bild! Jetzt war klar, dass Obstipation und Erbrechen bei Aufnahme des Pat. Folge einer acuten Peritonitis, bedingt durch ein typhöses Ulcus, das entweder perforirt oder nahe der Perforation war, gewesen und die Pneumonie jedenfalls Complication der Peritonitis war. Der spätere Verlauf bestätigte das. Die Fiebercurve zeigte charakteristischen Typus und in der Reconvalescenz bestand durch Wochen ein eigenthümlich pueril-heiteres Wesen, wie es mitunter nach schwerem T. vorkommt. Pat. wurde schliesslich geheilt mit einer dichten weissen Narbe am oberen Rande der Epiglottis entlassen. Fall 2. Sehr hinfälliges, 50jähriges Individuum ohne genau eruirbare Anamnese (es erschien nur sicher, dass Pat. seit etwa 3 Wochen krank war und seit dieser Zeit hoch fieberte). Untersuchung ebenfalls fast negativ: Sensorium frei, Milz nicht vergrössert, leichter Meteorismus, über der Lunge vereinzeltes Rasseln neben verschärftem Athmen, zwei im Ablassen befindliche Flecke (Roseola?). Aber laryngoskopisch: Epiglottis in toto geschwollen, auf der ganzen linken Seite tiefe

Ulceration. Der Verlauf zeigte, dass es sich wirklich um T. handelte, der im Ablauf begriffen: staffelförmiger Fieberabfall, Abheilung der Ulceration mit scharfer weisser Narbe. Fall 3. 24jähriger Diener, seit 4 Tagen krank. Täglich Fieberanfälle, mit Schüttelfrösten beginnend und mit profusum Schweiss endend; daneben Kopfschmerz und Appetitlosigkeit. Vor 3 Jahren ähnlicher Zustand. Bei der Aufnahme Sensorium frei, Temp. 38°, Abends bis 39,6° steigend, Zunge feucht mit rothem Rande, Milz palpabel, leichter Meteorismus. In den nächsten Tagen allmorgendlich Entfieberung bis unter die Norm, Abends bis 39,6°. Verdacht auf Malaria. Im Blute hauptsächlich Malariaparasiten. Pat. klagt über Halsschmerzen, daher laryngoskopische Untersuchung: Typhöse Epiglottisinfiltration, am Rande mehrere langgestellte Ulcera mit aufgelockerten Rändern. Im späteren Verlaufe typische Stühle, Darmblutung, Nasenblutungen, Delirien, Fieber mehr continuirlich; in der Reconvalescenz Decubitus und eitrige Otitis. Der durch das Kehlkopfbild entstandene Verdacht, dass eine Combination von Malaria und T. vorlag, bestätigte sich also. — Wenn früher Landgraf bereits betonte, „dass die Epiglottisaffection geradezu herangezogen werden kann, um in zweifelhaften Fällen, in denen die Diagnose der ganzen Krankheit schwankt, für dieselbe eine sehr wichtige Stütze zu geben“ und Louis meint, dass wenn man eine derartige Laesion der Epiglottis findet bei einem Pat., der an einer acuten fieberhaften Krankheit leidet, man mit fast an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit T. diagnosticiren darf, so kann das Kobler nur bestätigen. Auch die zurückgebliebenen Narben können diagnostischen Werth bekommen und sollen zu einer genauen Anamnese betreffs früher überstandener T. auffordern, damit man sich vor Täuschungen (Syphilis) bewahrt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1899 No. 17.)

— Ueber **Sprachstörungen bei T.** äussert sich N. Ketscher. Die meisten Autoren sprechen nur von Aphasie bei T., nicht aber von anderen Sprachstörungen. Solche



der verschiedensten Art kommen aber in der That vor, angefangen von undeutlicher Sprache bis zum Stottern und zur vollen Aphasie. Autor hatte im Verlauf eines Jahres 5 solcher Fälle zu sehen Gelegenheit. Am häufigsten ist die einfache Undeutlichkeit, schlechte Articulation, seltener das Stottern, das meist in letalen Fällen sich zeigt; die scandirte Sprache ist ebenfalls nicht gerade häufig, kommt nur in der Reconvalescenz vor; häufiger ist wieder Aphasie, speciell die ataktische, die meist bei Kindern und zwar während der Reconvalescenz sich entwickelt. Die Ursache nicht nur der Aphasie, sondern auch der anderen Sprachstörungen bilden functionelle Störungen der Gehirnthätigkeit, Thrombose und Embolie der Arterien, Anaemie und vielleicht degenerative Veränderungen.

(Bolnitschnaja gaseta Bothina 1899 No. 3—5. —  
Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5—6.)

- Ein **Fall doppelseitiger Amaurose bei Abdominaltyphus** wird von M. Warschawski publicirt. Am Ende der 2. Woche eines recht schweren T. bei einem 10jährigen Knaben bildete sich die Amaurose ohne weitere objective Veränderungen aus und schwand unter roborirender Behandlung wieder am Ende der 10. Woche. Autor nimmt als Ursache eine durch das infectiöse Agens hervorgerufene functionelle Störung an, deren Natur sich unserer Kenntniss noch entzieht.

(Eshenedelnik 1899 No. 15. —  
Revue der russ. medic. Zeitschriften 1899 No. 5—6.)

- Einen **Fall von Meningitis serosa bei einem T., hervorgerufen durch Typhusbacillen**, beobachtete Dr. Jos. Boden (Augusta-Hospital in Cöln) während einer im Waisenhaus herrschenden Typhusepidemie. 14jähr. Waise, am 2. October 1898 aufgenommen mit folgendem Status: Leichte Cyanose und etwas Benommenheit. Abdomen aufgetrieben und druckempfindlich. Milz nicht palpabel, Lungen und Herz frei. Temperatur 40°, Puls 116, Zunge typhös. Pupillenreaction schlecht auszulösen. Patellarreflex am rechten Bein sehr lebhaft, am linken Bein fehlte er vollständig. Fusssohlenstreichreflexe beiderseits vorhanden. Sensibilität gleichfalls intact; nur die Bewegungsfähigkeit am linken Bein ungewöhnlich schwach, sodass

Pat. nur mit Unterstützung gehen und stehen konnte. Während der Nacht vom 3. zum 4. bekam das Kind einen schweren epileptischen Anfall mit Bewusstlosigkeit, beständigem Verdrehen der Bulbi, Schaum vor dem Munde, jedoch ohne klonische Krämpfe (früher nie derartige Anfälle!). Aus diesem ziemlich lange dauernden Anfall entwickelte sich ein tiefer Sopor, der den ganzen folgenden Tag andauerte und nur zeitweise durch Aufschreien und Umherwerfen im Bett unterbrochen wurde; erst gegen Abend besserte sich der Zustand etwas, das Sensorium wurde etwas klarer und Pat. sprach mit leiser, ängstlicher Stimme. Während die hohe Continua (40—41°) fortbestand und die Cyanose stärker wurde, trat am zweitfolgenden Tage eine hochgradige Hyperaesthesia des ganzen Körpers auf, sodass Pat. bei leisester Berührung laut aufschrie. Dazu gesellte sich am 4. Tage eine vollständige Abducensparese und eine weniger deutliche Facialispause beiderseits, während der Patellarreflex nun auch am rechten Bein zu erlöschen begann. Daneben bestand völlige Geistesverwirrtheit bei starker motorischer Unruhe des ganzen Körpers. In der Nacht vom 4. zum 5. Tage erfolgte bei einer Temperatur von 41°, 160 Pulsen und starker Cyanose der Exitus letalis. Die Obduction ergab einen frischen schweren T. Ende der ersten Woche (markige Infiltration der Solitärfollikel und Peyer'schen Plaques in einer 2½ m langen Parthie des untersten Ileums und in der Gegend der Ileocoecalklappe), ausserdem ausgesprochene Meningitis serosa. Bei der bakteriologischen Prüfung der Gehirn- und Ventrikelflüssigkeit stellte es sich heraus, dass letztere Affection nur durch Typhusbacillen hervorgerufen war, die allenthalben in Reincultur zu züchten waren. Klinisch liess das ganze Symptomenbild — mangelhafte Pupillenreaction, epileptischer Anfall, tiefe Somnolenz, dann allgemeine Hyperaesthesia, Abducens- und Facialispause, schliesslich Erlöschen beider Patellarreflexe — durchaus an schwere Cerebralerkrankung denken, die Diagnose neigte am meisten der acuten Miliartuberculose mit vorwiegender Betheiligung des Gehirns zu. Für T. waren ausser der charakteristischen Zunge keine sicheren Anhaltspunkte da; die Milz war nie palpabel,

Stuhl nur 1 Mal, während des epileptischen Anfalls gekommen (normaler), Diarrhöe, Roseolen etc. fehlten. Die Section zeigte, dass es sich doch um T. handelte, complicirt mit Meningitis serosa, letztere lediglich durch Typhusbacillen hervorgerufen. Bisher sind 5 Fälle von „Meningitis typhosa“ bekannt, stets aber war es eine eitrige Meningitis. In obigem Falle liessen sich zum 1. Male Typhusbacillen aus rein seröser Flüssigkeit züchten. Ein etwa in der Agone erst entstandenes acutes Gehirnödem muss man wohl ausschliessen, da ja intra vitam schon die schweren cerebralen Erscheinungen vorlagen, die mit Recht auf die vorhandenen pathologischen Veränderungen bezogen werden dürfen. Wahrscheinlich hat man es hier mit einer initialen Localisation der Typhusbacillen im Gehirn zu thun, die auf dem Blutwege zustande kam und die Meningitis serosa stellt das 1. Stadium einer Meningitis purulenta dar, die sich gewiss, wenn Pat. länger gelebt, daraus entwickelt hätte. Jedenfalls dürfte der Fall geeignet sein, auf die vielleicht etwas allzu einseitig von den Toxinen beherrschte aetiologische Auffassung der schweren cerebralen Formen, der Initialdelirien und Psychosen des T. einiges Licht zu werfen.

(Zeitschrift f. prakt. Aerzte 1899 No. 8.)

**Wanderniere.** Auf eine therapeutische Beobachtung, die er bei einer seinem Hausstande angehörenden Dame im mittleren Alter Jahre lang zu machen Gelegenheit hatte, weist Prof. E. Henoch hin. Pat. behauptete, bis vor 4 Jahren von ihrer W. nichts gewusst zu haben, bis unmittelbar nach einer Bergparthie, ja schon während des steilen Absteigens, plötzlich die bekannten, den Heus streifenden Einklemmungssymptome sich geltend machten. Erst nachdem diese mehrere Jahre gedauert hatten, kam Henoch zur Untersuchung und entdeckte dabei die bis zum Niveau des Nabels gesunkene linke Niere, die sich durch einen mässigen Druck nach oben hinten verschieben liess. Schon bei dieser ersten Manipulation fiel die Erleichterung auf, die Pat. nach derselben empfand. Henoch wiederholte daher das Verfahren täglich,



später in längeren Intervallen, und es gelang ihm, nicht nur die Beschwerden gänzlich zu beseitigen, sondern auch die Lage der Niere, die zuerst als ein neben dem Nabel, der Oberfläche scheinbar sehr nahe liegender Tumor imponirt hatte, dergestalt zu verändern, dass er sie nach 6 Wochen nur noch in der Tiefe unter dem linken Rippenrande fühlte. Im Laufe der nächsten 3 Jahre nur noch in längeren, mitunter 6—8 Monaten dauernden Intervallen Beschwerden, die, wenn auch minder stürmisch, als das erste Mal, doch Pat. sehr belästigten und herunter brachten: Schmerzen beim Liegen auf der linken Seite, besonders Nachts bis in die Herzgegend heraufstrahlend, Cardialgie bei jeder Nahrungsaufnahme (bei normalem Appetit), ungemein häufiger Stuhldrang mit Entleerung immer nur geringer Mengen dünnbreiiger Faeces, dazu tagelange Migräne, tiefe Verstimmung u. s. w. Jenes Verfahren war jedesmal mehr oder minder rasch erfolgreich. Trotzdem blieb Henoch skeptisch, bis der im letzten Anfall (December 1898) erzielte Erfolg ihm doch die Zweifel an der Wirksamkeit des Verfahrens benahm. Auf der Höhe des Anfalls brachte er die fast verzweifelte Pat. in liegende Stellung mit erschlaferten Bauchdecken und suchte nun die ziemlich oberflächlich links vom Nabel fühlbare Niere etwa 5 Minuten lang nach oben und hinten unter den Rippenrand zurückzuschieben, und zwar mit beiden Händen, ohne aber schmerzhaft zu wirken. Gleich nach dem Beginn der Manipulation ward der Pat. viel besser, nach 5 Minuten war der Anfall wie durch einen Zauberschlag beseitigt und ist bisher (Mai 1899) nicht wiedergekehrt. Eine für alle Fälle passende Anweisung vermag Henoch nicht zu geben. Er schob die Niere immer nach oben hinten zurück, wobei ihm die während der Anfälle sehr deutliche Pulsation der Niere, durch die unterliegende Aorta bedingt, als Wahrzeichen diente; das Aufhören dieser Pulsation fiel immer mit dem Nachlassen der heftigen Symptome zusammen.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1899.)

---

## Vermischtes.

---

— **Heroin in der gynäkologischen Praxis** benützte mit Erfolg

Dr. C. Mirtl (Maria-Theresia-Frauenhospital, Wien), indem er bei Schmerzen bei para- und perimetritischen Entzündungen, Adnexerkrankungen u. s. w. in die Scheide einen Tampon einführte, gut getränkt mit Heroin-Glycerin (Heroin. mur. 1,0 : Glycerin 1000,0). Ein solcher Tampon enthält von dieser Lösung 10—15 gr, mithin 0,01—0,015 Heroin. Da ein Theil desselben sicher verloren geht, ist die Dosirung eine sehr geringe, trotzdem aber waren die Erfolge recht günstige. Nur bei heftigen Schmerzen, bei frischen, entzündlichen Adnexschwellungen hatte erst eine Lösung von 1:600 (0,015—0,025 Heroin pro Tampon) volle Wirkung. Von ca. 50 Frauen, welche so behandelt wurden, gaben alle an, dass die Schmerzen bereits nach  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{2}$  Stunde nachgelassen und nach 1—1 $\frac{1}{2}$  Stunden oft völlig verschwunden waren. Diese Wirkung hielt, falls der Tampon erst am nächsten Morgen entfernt wurde, meist 24—36 Stunden und darüber an, kürzer dagegen, wenn der Tampon noch am selben Tage, etwa 6—12 Stunden nach der Application entfernt wurde. Blieb der Tampon 24 Stunden liegen, so hielt die Wirkung stets noch mehrere Stunden darüber an, es musste also noch ein gewisser Rest für die Resorption verfügbar sein. Nie Nebenwirkungen!

(Wiener klin. Rundschau 1899 No. 25.)

— **Erfahrungen mit Sanose, einem Eiweisspräparat aus Casein und Albumose** theilt S.-R. Dr. Biesen<sup>th</sup>al (Berlin) mit und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Sanose, in ihrer Zusammensetzung aus Casein und Albumose, entspricht durch ihre Bekömmlichkeit, durch ihre alle bekannten Eiweissmittel übertreffende

Ausnützungsfähigkeit, durch ihre das Eiweiss aufbauenden Eigenschaften und durch ihre Verwendbarkeit für jede Art von Speisen und Getränken den höchsten Anforderungen, die an ein künstliches Nährpräparat zu stellen sind.

2. Die Sanose ist nahezu in allen Krankheiten, Schwäche- und Genesungszuständen als vorzügliches diätetisches Mittel anwendbar.
3. Die Sanose ist auch für Gesunde als Conserve für Kriegszwecke, Märsche, Reisen, Schiffsproviand und dergleichen durch ihren hohen Eiweissgehalt vorzüglich zu Ernährungszwecken geeignet.

(Therap. Monatshefte 1899 No. 4—5.)

— Einen Fall von „*Plaque indurée*“ am Penis theilt Prof. Posner (Berlin) mit. Das Vorkommen schwielenartiger Verdickungen auf dem Rücken des Penis ist an sich keine besonders seltene Erscheinung; Entzündung der Corpora cavernosa oder der Lymphgefässe nach Gonorrhoe, Narben nach Verletzungen, syphilitische Infection bilden die Aetiologie. Es kommt nun aber vor, dass auf der Rückenfläche des Gliedes, hart an der Wurzel, eine Verdickung sich ausbildet, anfangs als kleines Knötchen, später mehr in Gestalt einer derben Platte, dicht unter der Haut deutlich abzugrenzen, ohne dass jemals ein entzündlicher, traumatischer oder syphilitischer Vorgang sich abgespielt hätte. Manchmal sind es Gichtknoten, manchmal besteht ein Zusammenhang mit Diabetes (welcher? ist unbekannt), aber es bleibt doch noch eine Gruppe von Fällen übrig, die einen typischen Verlauf haben und von den Franzosen „*Plaque indurée*“ genannt werden. Typisch ist vor Allem das allmälige Auftreten der Verdickung an einer bestimmten Stelle (*Radix penis*), und zwar meist bei sonst gesunden, doch schon älteren Männern. Die Verdickung ist zumeist nur klein (erbsengross), allmähig wächst sie in die Breite und Tiefe und liegt dann anscheinend als Platte zwischen Haut und Corpp. cavernosa, mit einem kielförmigen Fortsatz in die Furehe zwischen den letzteren sich einsenkend. In langsamem Wachs-



thum nimmt sie an Grösse zu, bleibt meist nach einiger Zeit stationär, kann aber in extremen Fällen den ganzen Penis ringförmig wie mit einem Mantel umgeben. Dabei bestehen zu keiner Zeit Schmerzen, nur Erection und so Copulationsfähigkeit erfahren immer grössere Einschränkung. Therapeutisch lässt sich nichts thun. Posner's Fall betraf einen jetzt 41-jährigen, sonst gesunden und kräftigen, nie venerisch erkrankten Pat. (auch Trauma, Gicht, Diabetes etc. nicht zu eruiren!) bei dem sich seit  $2\frac{1}{2}$  Jahren die Verdickung allmählig entwickelt. Jetzt 1 cm lange, etwas breitere Platte, in der Mitte dicker als an den Rändern, ungefähr wie Knorpel sich anführend, nach vorn scharf abgesetzt, nach hinten, gegen die Symphyse zu anscheinend in einzelne bindegewebige Stränge verlaufend. Keine besonderen Beschwerden, auch Beeinträchtigung der Erection nur gering. Bisherige Therapie erfolglos. Zur Exstirpation rät Autor vorläufig nicht, da man nicht voraussehen kann, ob nicht die Narbe ebensoviel Unbequemlichkeiten machen wird; erst wenn erheblicheres Wachsthum sich zeigen sollte — in fast 1-jähriger Beobachtung war die Vergrösserung bis jetzt sehr unbedeutend —, käme der Eingriff in Betracht. Das Gebilde fühlt sich wie Knorpel oder junger Knochen an, und bei Röntgendurchstrahlung zeigte sich, dass in der That ein Theil der Platte den Strahlen den Durchtritt verwehrt, wie Knorpel, indem der vordere Theil einen ca.  $\frac{1}{2}$  cm im Durchmesser haltenden rundlichen Fleck ergab. Es könnte sich vielleicht einfach um Kalkeinlagerung im Bindegewebe handeln, doch das Gefühl spricht mehr für Knorpel und ist ja auch das Vorkommen knorpliger oder knochiger Neubildungen an der bewussten Stelle keine neue Erscheinung, da derartige Fälle von „Penisknochen“ bereits beobachtet sind. Es handelt sich wahrscheinlich um Analogieen von Gebilden, die man bei einer Anzahl von mit wahren, oft sehr grossen Penisknochen ausgestatteten Wirbelthieren (z. B. Hund, Nagethieren) findet. Ob alle als „Plaque indurée“ bezeichneten Fälle freilich dieselbe Deutung zulassen, kann Autor nicht sagen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1899 No. 24.)

- „Um **Receptcopieen** zu erhalten“, schreibt Dr. Bock (Berlin), „empfiehlt es sich, in der Recepttasche neben den gewöhnlichen Receptformularen mit Vordruck des Namens, der Wohnung etc. und einer Bleifeder noch einen Receptblock von weissem Papier und einige Blätter Copirpapier von demselben Format bei sich zu führen. Es ist dem prakt. Arzte dadurch die Möglichkeit gegeben, seine Recepte jedesmal gleich beim Schreiben zu copiren, indem er unter das Receptformular das Copirpapier und den weissen Receptblock legt. Der Vorthail, den der Besitz einer Receptcopie bietet, ist klar ersichtlich: Die Receptcopie ermöglicht eine Selbstcontrole, indem man in jedem Augenblick sich davon überzeugen kann, dass kein Irrthum in der Verschreibungsweise passirt ist; dann sind die Copieen ein recht guter Beitrag zu den Krankengeschichten, wenn solche geführt werden, oder wenn letzteres, wie wohl sehr oft, nicht der Fall ist, werden sie eine Krankengeschichte auch einmal ersetzen können. Der Besitz von Copieen wird auch dann sehr angenehm sein, wenn Patienten von ihrem Arzte das Wiederverschreiben einer Medicin wünschen, die von gutem Erfolge begleitet war, ohne dass die Patienten das Recept vorweisen könnten. Man wird gut thun, die in einem bestimmten Zeitraum gesammelten Copieen alphabetisch zu ordnen.“

(Therap. Monatshefte 1899 No. 5.)

- **Arsen gegen die Schädlichkeiten der Thyreoidinbehandlung** empfiehlt auf Grund von Thierversuchen und Erfahrungen beim Menschen Dr. L. Mabile (Reims); derselbe konnte es stets durch gleichzeitige Verabreichung von Sol. arsen. Fowl. verhüten, dass Schilddrüsenpräparate, selbst in hohen Dosen gegeben, unangenehme Nebenwirkungen offenbarten.

(Die Heilkunde, Juni 1899.)

## Namen-Verzeichniss.

### A.

Achard 371.  
 Ahlfeld 544, 546.  
 Aikins 299.  
 Albers-Schönberg 220.  
 Albert 274.  
 Alexander 502.  
 Alt 557.  
 Ammerschläger 359.  
 Arendt 544.  
 Aron 409.  
 Audry 35, 468.  
 Aufschnaiter 233.  
 Avellis 556.  
 Axenfeld 170, 408.  
 Axmann 203.

### B.

Bandelier 423.  
 Bandisch 77.  
 Barie 195.  
 Baron 208.  
 Barski 474.  
 Baumann 545.  
 Baurowicz 402.  
 Bechterew v. 251.  
 Beck 235.  
 Beer 120.

Bender 97.  
 Bendix 169, 296.  
 Benedict 353.  
 Berdach 505.  
 Berend 200.  
 Bergeat 269.  
 Bernard 314.  
 Bernhardt 297.  
 Bernstein 220, 263.  
 Bert 40.  
 Bertelsmann 67.  
 Bettmann 442.  
 Beuttner 31.  
 Bier 65, 453.  
 Biesenthal 476, 565.  
 Binswanger 126.  
 Blaschko 464.  
 Blindreich 250, 304.  
 Bloch 27, 196, 330,  
 430, 448, 553.  
 Blumenfeld 343.  
 Bock 90, 98, 106, 118,  
 136, 568.  
 Boden 372, 561.  
 Bodenstein 36.  
 Boeck 137.  
 Böhm 56.  
 Bötticher 91.  
 Bonivento 10.

Borowski 272.  
 Borst 30.  
 Bosse 514.  
 Boulland 317.  
 Bozzolo 497.  
 Braitenberg v. 53.  
 Brandl 488.  
 Brasch 252.  
 Braunschmidt 367.  
 Brayn de 168.  
 Breitung 122, 256.  
 Brocq 349.  
 Bruck 525.  
 Brückner 265.  
 Budberg v. 163.  
 Bull 81.  
 Bum 419.  
 Burghard 134.

### C.

Camerer 345, 468.  
 Caspari 353.  
 Cassel 135.  
 Cassoute 326.  
 Champomier 544.  
 Charcot 450.  
 Cioja 534.  
 Cohen 534.  
 Cohn 361.



Comby 308.  
 Conitzer 298.  
 Cramer 547.  
 Credé 174.  
 Cronkhite 534.  
 Custer 7.  
 Czaplewski 34.

**D.**

Danckworth 482.  
 Danzig 416.  
 Darier 137, 386.  
 Davidsohn 233.  
 Daxenberger 58.  
 Demolder 125.  
 Dide 395.  
 Dika 328.  
 Döderlein 74.  
 Doizy 409.  
 Dorn 443.  
 Dreschfeld 386.  
 Dreser 322.  
 Dührssen 50.  
 Dupré 125.  
 Duquesnel 237.  
 Dutrey 34.

**E.**

Ebersson 10, 418.  
 Ebstein 337.  
 Eckstein 126.  
 Egger 124.  
 Ehrenhaft 425.  
 Ehrlich 395, 483.  
 Ehrmann 174, 201,  
 307, 315, 401, 457.  
 Eichhoff 196.  
 Eichhorst 85.  
 Elsholz 83.  
 Ephraim 554, 555.

Erlach v. 404.  
 Escherich 549.  
 Eulenburg 422.  
 Ewald 40.

**F.**

Facklam 315.  
 Falk 71.  
 Fasano 90.  
 Fehling 545.  
 Féré 353.  
 Ferreri 554.  
 Fink 145.  
 Finsen 221.  
 Firbar 266.  
 Fischer 28, 36, 87, 379,  
 427.  
 Fleiner 288.  
 Flockenmann 24.  
 Floras 331.  
 Floret 322, 515.  
 Flügge 477 ff.  
 Follet 261.  
 Fournier 409.  
 Fränkel 297, 368, 503,  
 523.  
 Frank 139, 306, 414,  
 493.  
 Franke 539.  
 Frese 508.  
 Freudenthal 417.  
 Freund 18.  
 Freymuth 533.  
 Fricke 439.  
 Frickenhaus 487.  
 Friedländer 37, 218,  
 279.  
 Friedrich 74.  
 Frieser 60.  
 Fröhner 333.  
 Fuchs 128.

Fürst 22, 266.  
 Funke 356.

**G.**

Gagliardi 543.  
 Ganser 126.  
 Garré 149.  
 Gaston 503.  
 Gay 154.  
 Gendre Le 261.  
 Gerbert 307.  
 Gerdeck 307.  
 Gerson 89, 280.  
 Gessler 251.  
 Gluck 298.  
 Goldberg 139.  
 Goldmann 140.  
 Goldschmidt 217.  
 Goltz 429.  
 Gossner 214.  
 Gräfe v. 282.  
 Gratz 529.  
 Graul 309.  
 Greef 105.  
 Gregor 130.  
 Grinzow 504.  
 Grossmann 270.  
 Gruber 557.  
 Gudden 390.  
 Guelliot 261.  
 Guerin-Valmale 321.  
 Gumpert 144.  
 Gusserow 166.  
 Guttman 255.  
 Gyula 492.

**H.**

Habel 78.  
 Haberkorn 8.  
 Hahn 12, 270, 510.  
 Haidenhain 328.

Hamm 135, 497, 501.  
 Hammerl 476.  
 Hansy 370.  
 Hanszel 176, 242, 245.  
 Harmer 459.  
 Hauck 57.  
 Haug 556.  
 Hausmann 233.  
 Hebra v. 222.  
 Hecht 545.  
 Hefelmann 515.  
 Hegele 149.  
 Heimann 243.  
 Hellendall 461.  
 Heller 442.  
 Henoch 563.  
 Herdtmann 15.  
 Herff v. 74.  
 Hermann 321.  
 Herxheimer 354.  
 Herzog 390.  
 Hilbert 8.  
 Hildebrandt 242.  
 Hinsdale 417.  
 Hirschberg 309.  
 Hirschkron 202.  
 Hirz 101.  
 Hochheim 324.  
 Hochsinger 415.  
 Hodara 202, 431.  
 Hoffa 353, 452.  
 Holzmann 233.  
 Honsell 277.  
 Honston 416.  
 Hopf 197.  
 Hoppe 333.  
 Horlacher 453.  
 Howard 450.  
 Hrach 295.  
 Hübener 380.  
 Hugel 225.

Hurwitz 26.  
 Hutchinson 365.  
 Hutschneker 59.  
 Hyde 330.

## I.

Immerwahr 289.

## J.

Jacobson 483.  
 Jauner 248.  
 Jersey de 387.  
 Jessen 7, 197.  
 Joachim 129, 189.  
 Jolly 214.  
 Joseph 97.  
 Josephson 40.  
 Juffinger 509.

## K.

Kahane 283.  
 Kallinowski 74.  
 Kaposi 42, 481.  
 Karcher 267.  
 Kassel 146.  
 Katschanowski 509.  
 Kaufmann 210.  
 Keimer 412.  
 Keller 130.  
 Kenner 543.  
 Kermauner 476.  
 Ketscher 560.  
 Kiessling 410.  
 Kistler 13.  
 Klaussner 147.  
 Klein 40, 387.  
 Kleist 40.  
 Klingelhöffer 44.  
 Klingmüller 507.  
 Kluge 154.  
 Knapp 105, 445.

Knebel 64.  
 Knöspel 132.  
 Knorr 74.  
 Kobert 480.  
 Kobler 558.  
 Koch 521.  
 König 443.  
 Köppen 299, 540.  
 Kofmann 147.  
 Kompe 530.  
 Koplik 132.  
 Korn 8.  
 Korte 323.  
 Krafft-Ebing 217.  
 Krause 119, 542.  
 Krösing 35.  
 Kromayer 98, 199.  
 Kronenberg 540.  
 Künkler 282.

## L.

Ladygin 380.  
 Lancereaux 524.  
 Landau 42, 129, 227,  
 398.  
 Landerer 513.  
 Lang 412.  
 Langemak 369, 377,  
 453.  
 Lantsheere 396.  
 Lassar 194.  
 Ledderhose 353.  
 Lederer 309.  
 Legrand 386.  
 Lehmann 149.  
 Leichtenstern 81, 303,  
 497.  
 Leick 229, 363.  
 Leistikow 197, 236.  
 Lemoine 121.  
 Lenz 184.

Lenzmann 17.  
 Leo 421.  
 Lermite 385.  
 Lermoyez 397.  
 Lesshaft 181, 207, 248.  
 Leube v. 327.  
 Levinsohn 252.  
 Levy 358.  
 Lewin 197.  
 Lewy 469.  
 Ley v. 177.  
 Liebermeister 429.  
 Liebreich 465.  
 Lindemann 283.  
 Linkimowitsch 416.  
 Linow 435.  
 Lippincott 380.  
 Litten 481.  
 Löbker 151.  
 Loeper 409.  
 Lohnstein 203.  
 Lublinski 381.  
 Luxenburger 340.

**M.**

Mabille 568.  
 Mackie 484.  
 Mager 274.  
 Magnus-Levy 338.  
 Mahnert 121.  
 Maillefert 447.  
 Majewski 298.  
 Mandl 113.  
 Mankiewicz 414.  
 Marcinowski 11.  
 Marcuse 31, 302.  
 Mayer 42, 249.  
 Meigs 15.  
 Menko 539.  
 Menzel 261.  
 Merk 26.

Merlin 329.  
 Meyer 189, 334, 342,  
 379, 391.  
 Mibelli 97.  
 Mikulicz 475.  
 Miodowski 313.  
 Mirtl 565.  
 Modsejewski 82.  
 Monteux 402.  
 Mosbacher 339.  
 Mosler 66.  
 Moulton 248.  
 Müller 13, 29, 34, 161,  
 172, 233, 368, 499.  
 Mueller 480.

**N.**

Nassauer 362, 426.  
 Naunyn 108, 121, 152.  
 Neidhardt 469.  
 Netter 297.  
 Neumann 265, 292,  
 332, 413.  
 Neunhöffer 180.  
 Nobl 456, 504.  
 Noorden v. 103.  
 Norfleet 387.

**O.**

Oberst 148, 243.  
 Oeffinger 233.  
 Ohrtmann 297, 298.  
 Olshausen 317.  
 Onodi 556.  
 Oppenheim 538.  
 Oppenheimer 188.  
 Oppolzer 512.  
 Ostermayer 408.  
 Oustiroff 415.  
 Overlach 306.

**P.**

Paalzow 350.  
 Paffrath 432.  
 Parisot 317.  
 Passini 533.  
 Patrick 464.  
 Paulesco 544.  
 Pavinsky 525.  
 Pel 550.  
 Petruschky 101, 533.  
 Pfister 466.  
 Pflugk 10.  
 Phänomenoff 74.  
 Philippson 485.  
 Picard 229.  
 Pinilla 90.  
 Pircher 4.  
 Plessmann 216.  
 Plonski 40, 195.  
 Pohl 398.  
 Poljakow 385.  
 Pontoppidan 97.  
 Popper 160.  
 Posner 304, 525, 566.  
 Prausnitz 246.  
 Prissmann 341, 401,  
 403, 415.  
 Prölls 355.  
 Pudor 417.

**R.**

Radestock 273.  
 Radojewski 165.  
 Raehlmann 382.  
 Raimbert 224.  
 Ranneft 80.  
 Rausch 374.  
 Rave 558.  
 Regnier 433.  
 Reinecke 153.



Reinhard 532.  
 Rendu 314.  
 Rénon 261.  
 Ricci 189.  
 Richter 258, 338.  
 Riedel 149, 150.  
 Riehl 305.  
 Rindfleisch 311.  
 Röhring 81.  
 Rohleder 12.  
 Rosenthal 365.  
 Rotenberger 339.  
 Rubinstein 40, 244,  
 348.  
 Rüdel 123.  
 Ruel 499.

### S.

Sänger 334, 370.  
 Salgendorff 159.  
 Saradeth 406.  
 Sarason 60.  
 Scaffi 554.  
 Schäffer 543.  
 Scharnowsky 224.  
 Sohech 62.  
 Schenk 75.  
 Scheurer 145.  
 Schiele 455.  
 Schiff 221.  
 Schirmer 357.  
 Schlesinger 156, 419.  
 Schlossmann 102, 517.  
 Sohmauss 296.  
 Schmey 323.  
 Schmidt 372.  
 Schmitt 308.  
 Schnitz 273.  
 Schönfeld 102.  
 Schreiber 128.  
 Schröder 321.

Schröppe 381.  
 Schuchardt 395.  
 Schütz 294.  
 Schuster 273.  
 Schwenter-Trachslar  
 54.  
 Schwyzer 175.  
 Seeligmann 316.  
 Seifert 11.  
 Senator 39, 414.  
 Sharman 396.  
 Sheild 369.  
 Siegrist 497.  
 Silbermünz 78.  
 Silberstein 28.  
 Skutsch 405.  
 Somers 380.  
 Spiegel 200.  
 Spiegler 221.  
 Stadelmann 390.  
 Stark 488.  
 Stein 293.  
 Steiner 291, 414.  
 Steinmann 473.  
 Stella De 396.  
 Stellwag v. Carion 8.  
 Stepp 154.  
 Stern 19, 142, 225,  
 357, 366.  
 Sternberg 244.  
 Stevenson 188.  
 Sticker 142.  
 Stoffella v. 512.  
 Strasburger 326.  
 Strassmann 74.  
 Strauss 138.  
 Stricker 104.  
 Strube 322.  
 Strubell 222, 360.  
 Stumpf 245.  
 Szulislawski 249.

### T.

Tamaschef 531.  
 Tausig 205, 228.  
 Teichmann 208.  
 Teisseire 339.  
 Teuscher 301.  
 Thiem 259.  
 Thomsen 143.  
 Thümler 59, 67.  
 Thurnwald 200, 228.  
 Tillmann 544.  
 Töpfer 534.  
 Tournier 175.  
 Touvenaint 119.  
 Trendelenburg 32.  
 Treupel 76.  
 Trömnner 76.  
 Tschernjachowski  
 429.  
 Tschmarke 149.  
 Turnauer 420.

### U.

Unna 20, 23, 60, 323.

### V.

Valentini 371.  
 Vamossy v. 243.  
 Vehmeyer 140.  
 Veiel 1.  
 Veis 534.  
 Vertun 473.  
 Vetlesen 142.  
 Vian 225.  
 Vidal 225.  
 Vinay 242.  
 Volkmuth 64.  
 Vulpius 438.

**W.**

Wagner 245.  
 Waldstein 558.  
 Walker 25.  
 Walko 495.  
 Warburg 371.  
 Warschawski 561.  
 Watraszewski v. 115.  
 Weil 284, 537.  
 Weinlechner 391.  
 Weiss 49, 193, 323, 384.  
 Weisz 506.  
 Welander 35, 366.  
 Werler 99, 175.

Werner 241.  
 Wertheimer 513.  
 Westphalen 320.  
 Wetzel 489.  
 Whitehead 208.  
 Wicherkiewicz 104.  
 Wieck 294.  
 Wilmans 140.  
 Winternitz 58.  
 Witthauer 404.  
 Wohlgemuth 501.  
 Wolff 74, 124, 434.  
 Wolffberg 119, 206,  
 373, 486.

Wolters 70.  
 Wunderlich 314.

**Z.**

Zambler 124.  
 Zangerle 491.  
 Zechanowitsch 272.  
 Zeller 32.  
 Zenker 428.  
 Zinn 55.  
 Zirm 383.  
 Zuckerkandl 276.

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".



17









3 9015 05976 9417

